Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaires de la Rédaction : P. BRICON et M. BAUDOUIN

QUATORZIÈME ANNÉE

2e SÉRIE

TOME III — 1886. — PREMIER SEMESTRE

Illustré de 61 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHANTEMESSE (A.), CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), COMBY (J.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LIOUVILLE (H.), LOYE, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), STRAUS (J), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Achard, Babès, Boucher, Cartaz, Casper, Clado, Dagonet, Duplay, Farabeuf, Galezowski, Gombault, Guillot, Guinon, Huet, Joffroy, Leflaive, Le Gendre (P.), Leibowitz, Marciguey, Marfan, Mathieu (A.), Narich, Négel, Parinaud, Picard (H.), Pujol, Regnard (A.), Roubinowitsch, Ruault, Sabourin, Thiéry, Toussaint, Trélat, Turner, Zaborowski.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 JANVIER 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

—

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

PREMIÈRE LEÇON.

SOMMAIRE. — Importance de l'étude du charbon ; c'est la maladie infectieuse type. — Historique ; obscurités et confusions séculaires ; grand progrès dû à Chabert. — Symptômes du charbon. — Lésions macroscopiques.

I.

Messieurs,

Quoique le charbon sévisse surtout sur les animaux et ne se propage à l'homme qu'exceptionnellement, la connaissance approfondie de cette affection est cependant indispensable pour quiconque veut se livrer à l'étude des maladies infectieuses. Rien de ce qui touche au charbon ne saurait nous laisser indifférents, car c'est là la maladie type, celle qui a été la source des notions fondamentales. Presque tous les problèmes généraux que soulève la théorie parasitaire des maladies virulentes ont demandé au charbon leur solution et c'est là proprement le terrain où se sont livrées les grandes luttes décisives. Existence constante, dans cette maladie, d'un microbe spécial ; démonstration que c'est ce microbe, et lui seul, qui est la cause de la maladie ; étude des conditions de vie et de reproduction de ce micro-organisme, de ses deux états morphologiques, l'un bacillaire, éphémère et vulnérable, l'autre sporulaire, fait pour la résistance et la durée ; grâce à ces notions, l'étiologie de la maladie charbonneuse devenue aussi claire et aussi précise qu'elle était obscure auparavant ; la prophylaxie à son tour rendue plus pénétrante et plus efficace : toutes ces acquisitions, dues à des hommes tels que Davaine, Pasteur et Koch, ont fait du charbon ce qu'il est aujourd'hui : la base et l'assise inébranlable sur laquelle repose la doctrine parasitaire des maladies contagieuses. Ces notions une fois définitivement conquises, on a pu aller plus loin et aborder, l'on sait avec quel succès, l'étude étiologique d'autres maladies infectieuses.

Si par l'étude du charbon on avait simplement mis en lumière, pour la première fois et d'une façon irréfutable, ce fait qu'un microbe déterminé est bien la cause réelle et unique de la maladie ; que par l'inoculation de la bactéridie ou de ses spores, cultivées, en générations indéfinies, *in vitro*, en dehors de l'économie vivante, dans des milieux à composition chimique connue, on reproduit expérimentalement une maladie identique au charbon *spontané* ; pour ces seuls motifs déjà, l'importance historique et doctrinale de cette maladie serait des plus grandes ; mais cette étude du charbon offre un intérêt plus grand encore, si on veut la poursuivre dans ses développements et ses conséquences.

Dans l'état où en sont arrivées aujourd'hui nos connaissances sur les maladies infectieuses, avec ce que nous savons d'une façon positive sur la cause du charbon, du choléra des poules, de certaines septicémies, de la tuberculose, de la morve, etc., on peut dire que les preuves sont déjà suffisantes pour assurer le triomphe de la doctrine. Celle-ci, dans sa formule générale, n'est plus guère contestée, et les découvertes de l'avenir ne feront que la confirmer et que remplir des cadres déjà établis. Mais aussi, avec les progrès réalisés, les exigences se sont accrues ; une maladie infectieuse étant donnée, il ne faut pas se contenter de découvrir le microbe qui la détermine et de prouver, par la culture et l'inoculation, qu'il est la cause du mal. Le problème étiologique doit être compris d'une façon plus large. Le microbe pathogène une fois connu, il importe d'expliquer et de préciser par les propriétés, les mœurs et l'histoire naturelle de ce microbe, l'étiologie tout entière de la maladie, telle que nous l'enseignait déjà, mais avec des lacunes, des hésitations et parfois des contradictions apparentes, l'observation clinique. Il faut que ces notions nouvelles nous montrent comment la maladie se contracte, comment elle envahit l'économie, comment le contage se transmet, comment il peut persister, avec toute sa virulence, en dehors de l'organisme ; comment se créent les foyers endémiques ou les explosions épidémiques. — En ce qui concerne le charbon, presque tous ces problèmes sont résolus.

Enfin, si l'on envisage la prophylaxie proprement dite, le charbon justifie encore la qualification de maladie type que nous lui avons appliquée ; en effet, son histoire est intimement liée à l'une des grandes découvertes de ce siècle, due au génie de Pasteur, celle de l'atténuation artificielle des virus. La bactéridie charbonneuse, placée dans des conditions déterminées de culture, perd graduellement de sa virulence, d'où la possibilité d'obtenir, d'une façon stable, un virus atténué ne donnant plus la mort, mais une maladie légère et qui cependant met à l'abri des atteintes de la maladie grave ; c'est sur cette donnée, déjà si intéressante au point de vue purement théorique, que repose la pratique aujourd'hui courante des inoculations charbonneuses.

C'est pourquoi la connaissance complète du charbon est l'introduction naturelle à l'étude des maladies infectieuses et cette considération suffira pour justifier les détails dans lesquels je vais entrer.

II.

Le charbon des animaux, au dire de ceux qui se sont livrés à ces recherches historiques, remonterait à la plus haute antiquité, si l'on veut accepter que les épizooties dont parlent Moïse et Homère, étaient des maladies charbonneuses. On considère aussi comme tel le feu sacré, *ignis sacer,* qui décimait les troupeaux et attaquait l'homme ; mais il est probable que les anciens englobaient sous cette dénomination des maladies diverses. De même, il est à supposer que sous la dénomination de *charbons* (ἄνθρακες) les médecins grecs, à partir d'Hippocrate, comprenaient non seulement la pustule maligne de l'homme, telle que nous la connaissons aujourd'hui, mais d'autres affections furonculeuses, ulcéreuses ou gangréneuses de la peau (1).

(1) Les maladies charbonneuses ont été l'objet de recherches historiques très nombreuses ; voici les plus importantes : J. Frank, *Traité de pathologie interne*, trad. franç. t. II, p. 90, art. *Anthrax et charbon* (riche surtout en documents anciens sur le charbon

Dans des temps plus modernes on trouve, chez les écrivains des deux médecines, la description d'un grand nombre d'épizooties, où parfois la contagion passait des animaux à l'homme ; plusieurs de ces épizooties étaient sans doute de nature charbonneuse ; mais l'obscurité des descriptions rend tout diagnostic rétrospectif impossible. Les médecins, du reste, ne donnaient à la qualification de *charbon* qu'une valeur symptomatique, et l'appliquaient indifféremment à toutes les tumeurs arrivant rapidement à la gangrène ; les hippiâtres et les guérisseurs de bestiaux ne possédaient pas de notions plus précises ; ils considéraient comme charbonneux des accidents purement inflammatoires, gangréneux ou septiques, et d'autre part, sous le nom de *fièvre putride, fièvre putride maligne, fièvre putride inflammatoire, fièvre épidémique pestilentielle*, etc., ils décrivaient comme des maladies distinctes, de véritables épidémies charbonneuses.

C'est à Ch. Chabert qu'était réservé, à la fin du siècle dernier, de débrouiller ce chaos ; ce grand pathologiste doit être considéré comme le véritable créateur de la conception moderne de l'affection charbonneuse des animaux. « Encore aujourd'hui, dit M. Bollinger, après près d'un siècle, non seulement en France, mais partout, les divisions et la nomenclature établies par Chabert restent debout dans leurs parties essentielles. » Chabert écarta du cadre des maladies charbonneuses les affections putrides et gangréneuses, les œdèmes, les érysipèles et les infarctus. La maladie charbonneuse, chez les divers animaux, est une dans son essence, quoique différente dans ses manifestations symptomatiques. A cet égard, Chabert établit trois formes principales : la *fièvre charbonneuse*, le *charbon essentiel* et le *charbon symptomatique*. Quand la maladie évolue sans s'accompagner de tumeurs extérieures, de tumeurs charbonneuses, c'est la *fièvre charbonneuse* ou *charbon interne* ; lorsque au contraire, il existe des tumeurs, c'est le charbon, qui peut être essentiel ou symptomatique. Le charbon est *essentiel* quand c'est la tumeur qui ouvre la scène et qui s'établit sans être précédée de fièvre ou de phénomènes généraux, lesquels n'éclatent qu'après son apparition (ce serait, comme on le voit, l'analogue de la pustule maligne chez l'homme). Le charbon au contraire est dit *symptomatique*, quand la tumeur extérieure est précédée de fièvre et de phénomènes généraux ; c'est une fièvre charbonneuse suivie de charbon externe (1). Nous verrons bientot que le charbon essentiel ainsi que le charbon symptomatique de Chabert n'appartiennent pas au charbon comme il le pensait, mais à une maladie tout autre, au *charbon bactérien*.

A partir de ce moment seulement, la notion de la maladie charbonneuse commence à se dégager nettement, au point de vue nosographique, et l'on peut dire que rien d'essentiel n'y fut ajouté, jusqu'au moment où la bactéridie fut trouvée. Mais avant d'aborder l'exposé de cette découverte et de l'immense progrès qui en fut la conséquence, il importe d'esquisser les principaux caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques de l'affection charbonneuse dans les trois espèces animales domestiques où cette maladie s'observe communément.

Je dois à l'obligeance de mon ami, M. le professeur Nocard (d'Alfort), si compétent en cette matière, la note suivante qui résume avec une grande clarté la *symptomatologie* de l'affection charbonneuse.

Tableau symptomatique. — « Chez les grands animaux, la maladie est connue sous le nom de *fièvre charbonneuse.*

« *Chez le cheval*, elle s'accuse au début par une prostration intense qui s'accompagne ordinairement de légères coliques : l'animal trépigne, regarde son flanc, se couche, se relève, *se campe*, expulse quelques gouttes d'urine ou quelques crottins, puis, appuyant la tête dans le fond de sa mangeoire ou se tenant à bout de longe, acculé sur le derrière, reste ainsi pendant quelques minutes plongé dans une somnolence profonde, pour recommencer bientôt son manège incessant.

« Si on le force à marcher, on remarque un affaiblissement considérable des puissances musculaires : il vacille et titube, le train postérieur s'affaisse ; la peau a perdu sa souplesse ; les poils sont ternes, secs, hérissés ; *les crins s'arrachent avec la plus grande facilité.*

« Des frissons partiels ou généraux accompagnés de sudation s'observent par intermittence, notamment à la base des oreilles, aux ars et aux aines, au niveau des muscles olécraniens et cruraux antérieurs ; les sujets nerveux paraissent en proie à une violente surexcitation ; ils deviennent très irritables et peuvent être dangereux.

« Le pouls est vite, petit, filant, parfois insensible, tandis que d'ordinaire le cœur bat violemment contre les parois thoraciques, et donnant à l'auscultation un bruit tumultueux, continu, et d'un timbre métallique.

« Ce contraste des pulsations arterielles et cardiaques est l'un des meilleurs signes diagnostiques de la maladie.

« A ce moment, la température oscille entre 41° et 42°.

« Si l'on fait une saignée à la jugulaire, le sang s'écoule en nappe, noirâtre, visqueux, peu abondant ; il ne se coagule que lentement dans le vase où on l'a recueilli et donne un caillot mou et diffluent ; quelque soin que l'on ait apporté à la fermer, la saignée devient presque toujours le siège d'un volumineux thrombus.

« Il est tout à fait exceptionnel que ces symptômes se dissipent, même sous l'influence du traitement le plus énergique ; ordinairement ils s'aggravent : l'agitation devient extrême, les sueurs plus abondantes, les tremblements convulsifs, les coliques intolérables.

« Les muqueuses prennent une teinte violacée, livide ; le rectum menace de se renverser sous des efforts expulsifs indiscontinus qui n'aboutissent qu'au rejet d'une petite quantité de matières excrémentitielles liquides et sanguinolentes ; la respiration se précipite, les naseaux s'écartent à l'extrême, la face se grippe, les pupilles se dilatent, les extrémités deviennent froides, le faciès exprime toutes les angoisses de l'asphyxie, l'animal chancelle, tombe, puis expire en s'agitant convulsivement.

« Tous ces symptomes se succèdent dans l'espace de 12 à 24 heures ; il est rare que la maladie dure plus longtemps ; parfois les animaux meurent comme foudroyés sans avoir présenté le moindre prodrôme. Les chevaux jeunes, sanguins, pléthoriques, semblent résister moins longtemps que ceux qui sont maigres ou âgés. »

« Chez les animaux de l'*espèce bovine*, la maladie semble évoluer plus vite encore que chez les solipèdes ; tel sujet qui n'a jamais paru malade est trouvé mort dans l'étable, ballonné, les naseaux remplis de spumosités sanguinolentes, l'anus, la vulve ou le fourreau souillés de matières striées de sang ; tel autre meurt avant l'arrivée du vétérinaire appelé aux premiers signes de malaise (formes foudroyantes). Dans les cas les plus lents, la maladie ne dure guère plus de 12 à 1[illegible] heures.

« Comme toutes les affections graves, la fièvre charbonneuse débute par l'arrêt de la rumination et la perte de l'appé-

de l'homme). — Heusinger, *Die Milzbrandkrankheiten der Thiere und des Menschen. Histor.-geogr. pathol. Untersuchungen*, Erlangen 1850 : modèle d'érudition. — Bollinger, *Historisches über den Milzbrand und die stäbchenförmigen Körperchen (in Beiträge zur vergl. Pathol. und path. Anat.*, Munich 1872, 2. Heft. p. 1-22). — Arloing, Cornevin et Thomas, *Le charbon bactérien*, Paris 1883, le chapitre Ier de cette monographie est consacré à une [illegible] Revue historique [illegible] relatives aux maladies charbonneuses. »

(1) Chabert. — *Traité du charbon ou anthrax dans les animaux*, Paris 1780 : en l'espace de 40 ans, [illegible]

tit; puis surviennent des frissons, des sueurs partielles, de la sensibilité excessive des reins et des parois thoraciques, des douleurs abdominales, accusées par des trépignements, l'agitation de la tête, des mugissements plaintifs. Très rapidement les forces diminuent, la marche est chancelante et l'animal peut tomber sans pouvoir se relever. Souvent on observe une diarrhée fétide et sanguinolente.

« Le pouls est, comme chez le cheval, petit, vite, filant presque insensible; les battements du cœur tantôt violents et tumultueux, plus souvent à peine perceptibles. La respiration est plaintive, suspirieuse, haletante; le mufle sec, la bouche froide, la langue pendante et violacée; les dents grincent.

« Dès qu'il est tombé, l'animal se ballonne, s'agite violemment et sans interruption, jusqu'à ce que la mort s'en suive.

« Chez le *mouton*, la maladie est connue sous le nom de *sang de rate*; elle suit une marche encore plus rapide que chez les animaux de l'espèce bovine; les sujets sont foudroyés en quelque sorte, où qu'ils se trouvent, à la bergerie comme au pâturage, au repos ou en marche; c'est à peine si les personnes les plus expérimentées, le berger lui-même, peuvent à l'examen le plus attentif, saisir quelques signes capables de faire soupçonner l'imminence du mal : Si le troupeau est en marche, le malade reste en arrière, nonchalant et mou; et, comme le sang de rate s'attaque d'ordinaire aux sujets les plus vigoureux, ce seul fait peut attirer l'attention du berger; il le saisit alors et lui serre le nez pendant quelques secondes; l'animal urine aussitôt en se défendant; si l'urine est sanguinolente, c'est au sang de rate que l'on a affaire et sans perdre une minute le berger égorge le mouton, le dépouille, le vide, pour en utiliser la viande à la ferme ou l'expédier à la halle, comme il arrive trop souvent, au mépris des règlements et de la loi sanitaires. »

Dans ce tableau symptomatique, M. Nocard ne décrit, comme on le voit, que la *fièvre charbonneuse*; il a omis à dessein les formes décrites par tous les auteurs classiques, depuis Chabert, sous les noms de charbon essentiel et symptomatique, c'est-à-dire celles où des tumeurs charbonneuses sous-cutanées se développeraient primitivement, sans fièvre préalable (ch. essentiel) ou apparaîtraient dans le cours de cette fièvre, comme une de ses manifestations externes (ch. symptomatique). C'est qu'en effet ces formes, si toutefois elles existent, sont tout à fait exceptionnelles; comme nous le verrons plus tard, ce qu'on a décrit sous ce nom se rapporte presque toujours à une maladie toute différente, au *charbon bactérien* de MM. Arloing, Cornevin et Thomas. (*Rauschbrand* des Allemands) (1). Ainsi pour les animaux domestiques, contrairement à ce qui se passe pour l'homme, les localisations externes du charbon, primitives ou secondaires, sont tout à fait rares; il faut cependant en excepter la localisation sur la langue et le fond du gosier (glossanthrax).

Lésions macroscopiques. — Les principales lésions antomiques qu'on constate à l'œil nu sont les suivantes : le sang est noir, poisseux, il ne se coagule pas ou très lentement, et ne rougit pas à l'air; le système veineux est turgide, la plupart des organes sont violemment congestionnés. La rate est énorme, noire (d'où le nom de *sang de rate* chez le mouton), diffluente. La muqueuse de l'intestin grêle, du gros intestin et parfois de l'estomac est le siège d'ecchymoses noirâtres très étendues et de saillies noirâtres, brunâtres ou verdâtres, ulcérées ou non, d'autres partiellement gangrenées, d'aspect furonculeux avec un bourbillon plus ou moins putrilagineux (charbons internes); le contenu de l'intestin est mêlé de sang. Des plaques ecchymotiques et des foyers apoplectiques occupent les feuillets du mésentère, l'atmosphère adipeuse du rein, les ganglions mésentériques, les poumons et les bronches, et souvent, surtout chez le mouton et le cheval, le tissu cellulaire rétro-pharyngien. Chez le cheval on trouve habituellement dans le tissu cellulaire lâche, tant profond qu'inter-musculaire et sous-cutané, une infiltration séro-sanguinolente, tremblottante, d'aspect gélatineux. L'urine contenue dans la vessie est souvent sanglante. Les cadavres des animaux, surtout des moutons, qui ont succombé au charbon, subissent très rapidement la putréfaction.

Cependant ce serait une erreur de croire, d'après les détails qui précèdent, que le diagnostic clinique et anatomique du charbon, basé sur ces seules notions, soit toujours facile. Ces symptômes et ces lésions macroscopiques, avec de légères différences, se rencontrent dans d'autres maladies infectieuses ou septiques, étant donnée surtout la variété de marche et d'expression de l'affection charbonneuse, et la variété tout aussi grande de ses localisations anatomiques. Ces hésitations et ces incertitudes du diagnostic deviennent manifestes si l'on consulte les publications de la première moitié de ce siècle et si l'on se reporte aux discussions qui s'élevaient constamment dans les Sociétés de médecine vétérinaire, entre des pathologistes également éminents, sur la nature de maladies qu'actuellement on reconnaîtrait du premier coup comme étant ou non charbonneuses. C'est qu'alors le critérium certain des maladies charbonneuses, la constatation de la bactéridie, faisait défaut. (*A suivre.*)

(1) C'est aussi l'opinion de M. Toussaint. — Les formes de charbon dites essentielle ou symptomatique devront être revisées avec soin avant d'être admises dans la catégorie des affections charbonneuses; en ce qui me concerne, je n'admets qu'une seule forme, la maladie charbonneuse, désignée encore sous le nom de fièvre charbonneuse, c'est la seule forme dont [illegible] (*Recherches expérimentales* [illegible]) Paris 1879, p. 12[illegible].

OPHTHALMOLOGIE

Du maniement des instruments en chirurgie oculaire;

Par le Dr LANDOLT.

Conférence d'ouverture (1er décembre 1885) du cours de chirurgie oculaire fait à l'École pratique de la Faculté de médecine.

Messieurs,

Si j'ai brigué l'honneur de reprendre mes conférences à l'École pratique, interrompues depuis presque dix ans, c'est pour traiter *pratiquement* un des sujets les plus pratiques qui existent : la CHIRURGIE OCULAIRE. Aussi consacrerons-nous peu de temps à la parole, beaucoup à l'exercice.

Voici la tête dont les yeux serviront à nos opérations; voici les instruments avec lesquels nous les attaquerons. Mais avant d'y mettre la main, il convient cependant de consacrer quelques mots à leur maniement, au but de nos opérations, au terrain sur lequel nous les pratiquerons.

Ce n'est pas vous, Messieurs, qui me direz que ces préliminaires seront de la théorie superflue. Vous ne compterez pas parmi les empiriques; vous désirez devenir, ou vous êtes déjà, des médecins, des chirurgiens, peut-être des spécialistes accomplis, appartenant à l'ordre si noble de ceux qui connaissent et la théorie et la pratique qui ont trouvé dans la science le fond, dans l'observation et dans l'expérience l'achèvement de leur éducation médicale.

Qu'est-ce, en effet, que la théorie dans l'art chirurgical, sinon le résumé des expériences de nos devanciers? — C'est de la pratique dite ou écrite.

Est-ce à dire pour cela qu'elle est inutile et négligeable? — Nullement. Elle nous épargnera une multitude de méprises, nous préservera des fausses routes sur lesquelles trop de praticiens se sont perdus, et nous montrera le chemin qui mène le plus sûrement au but.

Certes, nous ne suivrons point aveuglément les traces de nos prédécesseurs. Nous n'abdiquerons jamais en faveur de n'importe quel précepte, quelque sûrement établi qu'il paraisse. Le « *jurare in verba magistri* » n'est d'ailleurs pas le faible de celui qui a l'honneur de vous parler. Aucune profession n'exige, en effet, plus d'indépendance d'esprit, plus d'initiative que celle du chirurgien. Mais s'il est indispensable qu'il ait les yeux ouverts sur tout ce qui est autour de lui et devant lui, il ne doit point les fermer sur ce qui est *derrière* lui. A quoi la chirurgie française doit-elle sa gloire et sa vieille renommée, sinon à l'étude approfondie de l'anatomie qui est toujours encore mieux cultivée ici que nulle part ailleurs et qui fait sa base scientifique, à la tradition de maîtres illustres, qui constitue son côté théorique, et à l'esprit pratique, ouvert, entreprenant de leurs disciples.

D'où vient-il alors qu'on entend encore des praticiens essayer de déconsidérer la théorie et la science, en voulant les mettre en opposition avec la pratique? — C'est parce qu'ils ne connaissent pas la théorie vraie; sans cela elle trouverait sa justification dans la pratique, et qu'ils ne possèdent point la science et sont incapables de l'acquérir. En feignant de croire que la connaissance parfaite de l'anatomie et de la physiologie de l'organe exclut les aptitudes pratiques, ils espèrent qu'on conclura tout naturellement qu'étant les plus ignorants en science, ils doivent être les opérateurs les plus accomplis. Fort heureusement l'un n'exclut pas l'autre, bien au contraire : pour être bon chirurgien, il faut, avant tout, bien connaître l'organe sur lequel on opère. Et ceci n'est pas seulement indispensable, mais encore facile à réaliser dans un domaine aussi limité que l'ophthalmologie. J'espère bien que ceux d'entre vous, Messieurs, qui se sentiront attirés par cette branche si séduisante de la médecine, sauront unir aux connaissances théoriques l'expérience et l'aptitude du chirurgien. Vous ne serez point des spécialistes dans la spécialité.

Pour en revenir à nos instruments, nous nous permettrons d'abord quelques réflexions sur leur *maniement*. N'en est-il pas ainsi pour toute chose? — Ne nous a-t-on pas enseigné comment il faut tenir la plume avant de nous laisser écrire? — Et y a-t-il quelqu'un d'assez mal avisé pour aller sur le terrain sans s'être soigneusement renseigné au sujet du maniement des armes? Il est vrai qu'il s'agit, dans ce cas, de défendre sa peau avant d'entamer celle de l'adversaire. Mais le malade qui se confie à notre bistouri ne mérite-t-il pas la même attention que nous nous accordons à nous-mêmes? — Apprenons donc à fond l'exercice des armes avec lesquelles nous comptons défendre celui qui s'est mis sous notre garde!

Avant tout, pénétrons-nous bien d'une chose : c'est qu'il n'y a qu'*une seule* chirurgie. Ses principes fondamentaux sont partout les mêmes, aussi bien pour l'opération que pour le traitement consécutif. Son application seule se modifie suivant la partie du corps, sur laquelle elle s'exerce. C'est pourquoi, dans la chirurgie oculaire, ainsi nommée uniquement parce qu'elle concerne l'œil, nous nous en tiendrons toujours aux règles de la chirurgie générale, dont elle est la fille cadette.

Nous remarquerons cependant, de suite, les différences de détail assez marquées qui existent entre la fille et la mère. Le *terrain* de la chirurgie oculaire est, d'abord, très *limité* en comparaison avec celui de la grande chirurgie. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous qualifions cette dernière de « grande ». — Puis, l'organe sur lequel nous opérons en ophthalmologie est essentiellement *mobile*. Le globe de l'œil tourne malgré la narcose et malgré la pince à fixation, tandis que toutes les autres parties du corps peuvent être rendues immobiles.

Il s'ensuit que la chirurgie oculaire nécessite un maniement des instruments quelque peu différent de celui de la grande chirurgie et qu'elle réclame une délicatesse, une sûreté de main et une habileté des doigts extraordinaires.

Prenons comme exemple le maniement de l'instrument type du chirurgien, celui du couteau. Une section classique forme, en somme, une partie d'un arc ayant un centre à peu près immobile et un rayon d'autant plus long qu'elle est plus étendue. Ceux d'entre vous, Messieurs, qui manient le sabre savent que cet instrument tranchant a souvent pour centre de mobilité l'aisselle, pour rayon la longueur du bras et pour arc de section, si possible, tout le corps de l'adversaire. Il n'en est pas autrement des grandes sections que le chirurgien est parfois appelé à exécuter dans un but humanitaire. Elles se font également avec la participation du bras tout entier.

Les sections de moindre étendue ont pour rayon l'avant-bras, et les plus petites la main seulement, tournant dans l'articulation du poignet.

J'ai passé assez de temps comme élève et comme praticien dans l'école fondamentale de la grande chirurgie pour ne point ignorer que la main, loin d'être un organe de préhension inerte, donne à la section son fini, mais on peut dire néanmoins que le poignet forme, pour ainsi dire, la limite entre la grande chirurgie et la chirurgie oculaire. Un oculiste classique n'aura recours aux mouvements qui partent du carpe que lorsqu'il veut varier la position de sa main et pour des opérations plastiques qui appartiennent, pour leur technique, autant au domaine de la chirurgie générale. Mais les opérations oculaires proprement dites, il les exécutera toutes avec les *doigts*.

Nous voici arrivés du sabre au fleuret, des « coups circulaires » au « doigté ». — En effet, c'est le *doigté* qui fait l'opérateur en ophthalmologie. Nos petites sections n'exigent que des excursions minimes de l'instrument, un rayon qui ne dépasse guère deux phalanges. D'autre part, l'organe qui nous occupe est si délicat et si mobile, qu'il exige une finesse, une promptitude, une suite de mouvement telles, que celui qui le fait partir du carpe ou même du coude, risque cent fois de perdre un œil, rien que pour faire une kératotomie.

N'est pas oculiste qui veut, Messieurs; en dehors de la science, qui a déjà pris un développement assez respectable depuis les trente dernières années, mais qu'un homme quelque peu intelligent et assidu parvient encore facilement à acquérir pour les besoins de la pratique, en dehors de cette science, dis-je, l'oculiste doit être en même temps chirurgien. Et pour cela, il lui faut une aptitude et un entraînement particuliers que beau-

coup n'arrivent jamais à acquérir. Les grandes écoles d'ophthalmologie l'ont parfaitement reconnu. Je me rappelle que partout où j'ai suivi des cours de chirurgie oculaire, en Autriche comme en Hollande, chez Horner comme chez de Graefe, par tout on cultivait certains exercices destinés à rendre les doigts indépendants de la main et indépendants entre eux. C'est ainsi qu'on parvient à leur donner cette souplesse dans les mouvements, cette finesse dans le toucher qui ont fait les grands maîtres en chirurgie oculaire, les Daviel, les Jaeger, les Desmarres.

Il faut, en effet, savoir suivre les mouvements multiples et variés de l'œil, ce petit organe si vif, si imprévu, si capricieux. Il faut même, avec un tact exquis, les pressentir, savoir lui « rendre la main » au besoin, suivant l'expression heureuse de notre ami Gayet, et la reprendre au moment voulu.

Rappelez-vous seulement, Messieurs, une opération de cataracte. Ne faut-il pas une grande sûreté des doigts pour accomplir, malgré les différences considérables de résistance, une section d'une étendue donnée, dans une direction et un endroit voulus, et avec une précision d'une fraction de millimètre? Et de quelle délicatesse tactile n'a-t-on pas besoin pour sentir la résistance minime qu'offre à la pointe du cystitome cette capsule cristallinienne microscopique dans son diamètre, et néanmoins si variable dans sa consistance? — Rien que le nettoyage du champ de l'opération après la sortie de la cataracte, « la toilette » de l'œil, comme l'a élégamment nommée un de nos collègues les plus autorisés, exige une infinité de mouvements combinés et compliqués des doigts, et ne réussira jamais à celui dont les pulpes émoussées ne représentent que les cinq ramifications terminales du bras.

Comment parvient-on à acquérir ces qualités opératoires? — J'ai déjà indiqué un moyen : l'exercice méthodique des doigts.

Il ne faut cependant point négliger la position que doivent prendre le corps et les bras ni, surtout, l'art de saisir et de guider les instruments.

De très grands chirurgiens ont opéré assis. Mais je considère cette position comme peu recommandable; elle restreint notablement les mouvements de l'opérateur. La plus grande liberté d'action, la plus grande indépendance des mouvements sont nécessaires pour opérer bien et pour être prêt à toutes les éventualités. C'est pour cela que je préfère opérer debout, le malade étant couché. On peut ainsi facilement varier sa position à volonté.

Je recommande, en outre, d'avoir les bras libres, écartés du corps, les coudes élevés et arrondis, à moins de cas tout à fait exceptionnels. Le bras forme ainsi le levier auquel la main est *suspendue*.

Je dis « suspendue » à dessein, et non « fixée. » Le secret de la sûreté de la main consiste, en effet, dans sa complète indépendance du bras, qui est possible à un degré beaucoup plus grand qu'on ne se l'imagine. Ainsi on parvient, avec quelque exercice, à tenir la main immobile en l'air, alors qu'on élève et abaisse le coude. Ce mouvement semble absolument impossible à celui qui ne l'a pas exercé, simplement parce qu'il n'est pas employé dans la vie usuelle, où l'on meut toujours la main avec le bras. Mais vous comprenez bien, Messieurs, que si la main est assujettie au bras par un poignet raide, le moindre mouvement de l'épaule se transmettra aux doigts et imprimera à cette extrémité du levier une excursion des plus fâcheuses. Si, au contraire, la main n'est que suspendue au bras, celui-ci la maintiendra à l'endroit voulu, sans lui communiquer aucune secousse, aucun tremblement et, ce qui est surtout important, en lui laissant toute liberté de rotation.

Je ne saurais assez insister sur ce principe qui m'a toujours sauvé dans les cas les plus périlleux. S'agit-il d'une opération extraordinairement compliquée, demandez-vous avant tout : Est-ce que mon bras est bien posé, est-ce que ma main est bien libre?

Ce sont là, Messieurs, grosso modo, les principes de la pose du corps, et du bras, des mouvements de la main et des doigts de l'opérateur en oculistique. Saisissons maintenant l'instrument! Vous vous doutez bien que cet acte ne réclame pas moins d'attention que l'attitude du membre qui le conduit. En effet, les services que nous rendra l'instrument dépendent, en grande partie, de la façon suivant laquelle nous le tenons.

Or nous posons comme première règle fondamentale qu'il faut saisir les instruments et les tenir de telle sorte qu'ils permettent la plus grande et la plus rapide variation dans leur direction. Il faut, en somme, qu'ils ne forment que les prolongements des doigts, et qu'ils offrent le plus de prise au jeu si merveilleusement varié de leurs muscles.

Quelque riche que soit notre arsenal opératoire, on peut ranger les instruments en trois catégories au point de vue de leur maniement : 1° les instruments à manche ; 2° les ciseaux ; 3° les pinces.

Pour les premiers, les instruments à manche, nous admettons comme principe général de les tenir à peu près comme un crayon qui, lui aussi, doit pouvoir être conduit facilement dans toutes les directions. Il est vrai que, sa pointe pouvant agir dans tous les sens, son manche est généralement rond, tandis que la plupart des instruments dont nous nous servons ne trouvent leur application que dans une seule direction, celle de leur tranchant.

C'est dans ce but que leur manche est rectangulaire sur sa coupe, avec des angles rabattus cependant. Cette forme est très convenable ; elle nous renseigne toujours exactement sur la direction de la lame ou de la pointe que porte le manche. Elle empêche ce dernier d'exécuter des rotations involontaires, tout en nous permettant de le faire tourner, à notre gré, autour de son axe.

Mais pour varier ainsi l'action de l'instrument, il faut le saisir avec les pulpes de trois doigts seulement, celles du pouce, de l'index et du médius. Il ne fera que reposer légèrement sur la première phalange de l'index, sur laquelle il glissera ou roulera, suivant qu'on imprimera à son extrémité un mouvement de section ou de rotation. Pour que ces mouvements soient possibles, il faut précisément que la pulpe seule, et non une partie plus ou moins grande de la phalange soit en contact avec l'instrument, et que celle de l'index soit séparée quelque peu de celle du pouce. C'est alors seulement qu'on pourra exécuter les sections avec le simple allongement et raccourcissement des doigts, et les rotations les plus complètes sans participation de la main.

Parfois même une partie seulement des pulpes des doigts participera au maniement de l'instrument. C'est ce qui arrive, par exemple, pour le couteau lancéolaire, le cystitome, les curettes, en un mot, pour les instruments qu'on conduit dans le plan sagittal, ou qu'on fait tourner autour de l'axe vertical. (*A suivre.*)

Hopitaux d'Orléans. — Le 8 janvier 1886, aura lieu à l'Hotel-Dieu d'Orleans, un concours pour une place d'interne. S'adresser au secrétariat des hopitaux. Il faut produire un certificat de stage fait (en qualité d'externe) dans un hopital.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du sevrage.

Le sevrage est une des questions les plus importantes de l'hygiène infantile ; elle est d'un intérêt général, elle se pose à chaque instant dans la pratique, elle mérite donc les études et les leçons dont elle a été l'objet de la part des médecins d'enfants, Trousseau, Archambault, J. Simon, etc. Pour tous les enfants, le sevrage est une époque critique, pleine de menaces, toujours anxieuse, souvent pénible, quelquefois funeste. Il s'agit en effet d'enlever au nourrisson, à l'enfant tendre et fragile, l'aliment par excellence, le lait féminin source de vie, condition de santé pour le nouveau-né. Cette opération, qui consiste à *séparer*, à *arracher* l'enfant du sein maternel ne peut se faire sans pleurs et sans grincements de dents. Heureuses les mères, heureux les enfants auxquels le sevrage n'a pas causé d'autres ennuis ! Trop souvent en effet, le sevrage est la source d'accidents graves, de maladies mortelles.

C'est au moment du sevrage, s'il est intempestif, s'il est brutal, s'il est prématuré, que la diarrhée apparaîtra, que la gastro-entérite se révèlera, que le choléra infantile exercera ses ravages. L'estomac du nourrisson accommodé à cette alimentation idéale, le lait maternel, se révolte contre des aliments grossiers qui l'irritent et compromettent ainsi la nutrition tout entière. La réaction qui résulte de ce conflit entre l'*aliment nouveau* et l'*estomac* peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle se traduit par les symptômes d'indigestions répétées, diarrhée, vomissements, qui peuvent entraîner la mort rapide ou même foudroyante. C'est la gastro-entérite aiguë, c'est quelquefois le choléra infantile. D'autres fois, les enfants les plus résistants ne succombent pas aux infractions alimentaires commises contre eux, ils ont seulement des symptômes de gastro-entérite subaiguë ou chronique, leur ventre se développe, leur estomac se dilate et le rachitisme entre bientôt en scène avec les déformations osseuses qui lui sont propres. Ou bien c'est du côté de la peau, des muqueuses, des ganglions, que les désordres se produisent et la scrofule nous apparait comme une des conséquences possibles d'un sevrage défectueux. On jugera par ce tableau rapide de la portée que présente le sevrage et on comprendra tout l'intérêt qu'il y a pour nous à connaitre ses règles, à dégager ses lois.

Deux questions principales se posent tout d'abord : 1° A quel âge doit-on sevrer les enfants; 2° comment faut-il les sevrer ? Nous allons successivement chercher la solution de ces deux problèmes, mais auparavant nous demandons la permission de dire un mot d'une troisième question que nous n'avons pas mise en relief comme les deux premières, parce qu'elle n'a pas une égale importance. Quelle est l'époque de l'année la plus favorable au sevrage ? La réponse ne saurait être douteuse : la saison qui expose le plus aux diarrhées et aux inflammations du tube digestif chez les enfants privés du sein, est l'été, la saison chaude. C'est en été, dans les mois les plus chauds, que la mortalité des enfants par athrepsie et diarrhée est le plus élevée et même on peut dire que cette mortalité suit assez fidèlement les variations de la colonne thermométrique. Il faudra donc, sauf les cas de force majeure, s'abstenir de sevrer les enfants en été et différer le sevrage jusqu'à l'automne ou jusqu'à l'hiver prochain. L'hiver et après lui le printemps et l'automne, sont les saisons les plus favorables pour le sevrage. L'accord est aujourd'hui fait sur ce point parmi les médecins ; il ne saurait y avoir de discussion, il importe que les sages-femmes et les matrones en soient averties pour y conformer leur conduite. Si cette question de milieu ambiant et de température atmosphérique a sa valeur, elle est loin de balancer la question d'*âge des enfants* qui reste au premier rang. Cette question d'âge a soulevé des dissentiments et des difficultés d'appréciation. Trousseau, qui avait bien compris la haute importance hygiénique et pathogénique du sevrage, avait malheureusement pris pour guide l'évolution dentaire dont les variations physiologiques et pathologiques sont trop grandes et trop difficiles à prévoir. Vous voulez que le sevrage soit pratiqué quand l'enfant aura 16 dents, quel que soit d'ailleurs l'âge de cet enfant : si cet enfant a eu les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif, il aura ses 16 dents à 12 ou 15 mois ; s'il a subi l'allaitement mixte, l'allaitement artificiel, l'alimentation prématurée, il n'aura pas les 16 dents demandées avant 2 ans, 2 ans 1/2, etc. Il n'est donc pas possible de prendre pour guide une évolution dentaire soumise à de semblables variations. Nous n'attachons pas plus d'importance au conseil que donne Trousseau de choisir pour le sevrage, l'intervalle de repos qui sépare deux poussées dentaires. Sans doute, l'éruption des dents cause quelques douleurs et quelques accidents aux petits enfants. Mais nous ne croyons pas à la gravité et à la multiplicité des troubles morbides que Trousseau attribuait à l'évolution dentaire. Il y a eu, de la part de Trousseau et de ses contemporains, une exagération manifeste dans la description de ces maladies de la dentition. L'âge du nourrisson doit être pris, avant tout, en considération : en principe, l'allaitement doit être prolongé au delà des limites qu'on lui fixe trop souvent. Ce n'est pas à 10 mois, à 12 mois qu'on est autorisé, sans raison majeure, à sevrer un enfant. Dans l'intérêt de ce dernier, il faut reculer l'époque du sevrage jusqu'à 18 ou 20 mois. Encore ne verrions-nous pas d'inconvénient *pour l'enfant* à dépasser cette limite. Mais il faut tenir compte des forces et de la santé d'une nourrice dont l'affaiblissement pourrait contre-indiquer la prolongation de l'allaitement. Si nous laissons de coté les cas particuliers, nous poserons en règle générale que le *sevrage des enfants doit être pratiqué vers l'âge de 18 mois.* Au-dessous de 18 mois, le sevrage fatigue les enfants ; au-dessous de 12 mois, il est dangereux et ses dangers s'accroissent d'autant plus qu'il est plus rapproché de la naissance. Il mérite alors, sous le nom de *sevrage prématuré* d'être considéré comme un des fléaux de l'humanité ; car c'est à lui que nous devons, pour une grande part, l'effroyable mortalité qui décime notre population infantile. Un grand nombre des enfants envoyés de Paris dans les départements pour y être soumis à l'allaitement naturel ou à l'allaitement artificiel sont, en réalité, bientot sevrés par les nourrices

mercenaires qui en ont accepté la garde. Nous ne saurions trop nous élever contre ces pratiques détestables, qui seraient criminelles si elles n'avaient pour excuse l'ignorance et la misère. Nous protestons encore une fois contre l'usage généralement adopté de donner des bouillies, panades et autres aliments plus ou moins indigestes à des enfants auxquels le lait doit être exclusivement prescrit. C'est bien à tort que Trousseau et d'autres médecins ont conseillé l'usage de ces aliments pour des enfants de 4, 5 et 6 mois, sous prétexte de les préparer au sevrage. Il y a, dans ces préceptes, une erreur fondamentale dont la vulgarisation a été funeste. On ne saurait trop répéter que le *lait seul* convient aux enfants âgés de moins d'un an. Nous voyons tous les jours des enfants bien plus âgés, florissants de santé, et qui n'ont pas encore connu d'autre aliment. Par contre les enfants alimentés prématurément sont exposés aux gourmes, à la diarrhée, à la dilatation de l'estomac, à l'athrepsie, au rachitisme, à la scrofule.

Comment faut-il sevrer les enfants ? Quand le sevrage est tardif (20 mois) il est des plus faciles à réaliser et n'expose l'enfant à aucun danger sérieux. Depuis quelques mois déjà, le nourrisson a été habitué à prendre du lait à la tasse, des œufs et quelques aliments légers; d'autre part, le nombre des tétées a été graduellement abaissé de 6 à 4, 3, 2 en 24 heures. Il suffit alors, si l'enfant, déjà grandet, ne veut entendre raison, de barbouiller le bout de sein avec un corps assez salé ou amer (vaseline ou glycérolé d'amidon avec extrait de gentiane, moutarde, sel, etc.) pour l'éloigner définitivement. Mais si le sevrage est précoce (12 à 15 mois), les difficultés sont plus grandes et la santé de l'enfant peut être compromise. C'est alors qu'il faut prévoir les conséquences d'un sevrage brutal, la diarrhée, l'athrepsie, le rachitisme. On les évitera, ces conséquences, en graduant le sevrage avec beaucoup de soin, en ménageant la transition qui doit conduire le jeune enfant de l'allaitement maternel à la privation absolue du sein. Le lait devra rester, après comme avant le sevrage, la base de l'alimentation de l'enfant et pendant plusieurs mois encore on ne devra ajouter à ce liquide que des œufs peu cuits et des panades légères. En s'astreignant à toutes les précautions que commandent l'âge et la délicatesse du sujet, on préviendra la plupart des dangers inhérents au sevrage. Ces dangers incertains dans le cas précédent, sont imminents dans tous les cas de sevrage prématuré (au-dessous de 12 mois). Quand une nécessité inéluctable commande le sevrage précoce, on cherchera à en écarter les dangers les plus pressants par de sages mesures. Il importe beaucoup que le sevrage soit graduel et non pas brutal comme il l'est trop souvent ; pour atténuer les effets du sevrage il n'est pas nécessaire de donner aux enfants des panades, des bouillies et autres aliments solides qui, sous prétexte de les préparer à la perte du sein, ne font que précipiter les accidents gastro-intestinaux auxquels le sevrage les expose. Il faut, au contraire, proscrire sévèrement cette mauvaise alimentation qui convient moins encore à l'époque critique du sevrage qu'à toute autre époque et soumettre l'enfant à un allaitement artificiel aussi sage que possible. Remplacer graduellement et insensiblement le *lait féminin* par le *lait animal*, telle est la formule du sevrage prématuré. Il faut l'accepter ainsi, dans toute sa simplicité, sans la compliquer par des prescriptions fâcheuses. Ce changement de lait est déjà assez grave par lui-même et assez meurtrier pour qu'on s'abstienne d'en aggraver l'influence par l'adjonction d'autres aliments. Il faut conseiller le pis de l'ânesse aux familles assez fortunées pour se le procurer ; aux autres, on prescrira le lait de vache pur, chauffé au bain marie, donné à la tasse ou à la cuiller, sans l'intermédiaire du biberon, surtout en été. En un mot, on s'appliquera à mettre en œuvre l'allaitement artificiel dans les meilleures conditions de succès. On réussira d'autant plus aisément que l'enfant sera plus âgé, à 10, 11, 12 mois, la tâche sera relativement facile ; à 6 mois, le sevrage équivaut presque à un arrêt de mort. Dans tous les cas de sevrage précoce et prématuré (12 mois et au-dessous nous croyons qu'il est dangereux de donner aux enfants d'autres aliments que le lait. Mais supposons maintenant que le sevrage soit un fait accompli et que l'enfant ait résisté aux premières atteintes de cette grande épreuve. Quelle va être désormais l'alimentation convenable ? Faut-il renoncer de bonne heure au lait que la plupart des personnes ignorantes regardent comme un aliment inférieur et débilitant ? Faut-il avoir recours immédiatement aux légumes et aux viandes qui entrent dans l'alimentation des adultes ? Il faut bien se garder de ces entrainements auxquels poussent les erreurs de jugement et les préjugés mondains. Longtemps après le sevrage, l'enfant sera soumis à l'usage du lait, des laitages, des œufs, des soupes et des panades qui conviennent parfaitement à son âge. On ne se hâtera pas de lui donner de la viande et des légumes lourds et indigestes qu'il ne pourrait assimiler sans peine ou sans dégoût. Le vin, le café dont on fait abus dans les classes pauvres (1), ne doivent pas figurer dans l'alimentation des jeunes enfants.

En résumé, le sevrage, quand il est prématuré, brutal, mal dirigé, expose les enfants à des dangers multiples ; diarrhée, gastro-entérite, choléra infantile, athrepsie, rachitisme, scrofule. Pour prévenir ces accidents il faut : 1° autant que possible, s'abstenir du sevrage pendant les chaleurs de l'été ; 2° faire le sevrage tardif, à 18 ou 20 mois ; 3° faire le sevrage graduel en remplaçant l'allaitement naturel par l'alimentation qui s'en rapproche le plus.

Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le Président annonce l'ouverture de la séance publique annuelle et il prononce le discours d'usage : il rappelle les grands travaux scientifiques de l'année et il fait l'éloge des membres décédés : Dupuy de Lome, Serret, Rolland,

(1) Nous avons vu souvent au dispensaire de la Villette, des enfants chétifs, malingres, parfois athrepsiques, auxquels on faisait prendre, dès les premiers mois de leur naissance, du vin, du café, de la bière, du cidre.

DESAINS, TRESCA, MILNE-EDWARDS, ROBIN, BOUQUET et BOULEY.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne ensuite lecture des prix décernés pour l'année 1885; voici ceux qui appartiennent aux sciences médicales :

Prix Montyon. — La commission décerne trois prix de 2.500 fr. chacun:

1° A M. A. CHARPENTIER, pour son mémoire *sur les fonctions de la rétine* ;

2° A M. le Dr FARABEUF, pour son *traité de médecine opératoire* ;

3° A MM. REGNAULD et VILLEJEAN, pour leurs *recherches sur les propriétés anesthésiques des formènes et de leurs dérivés chlorés.*

Elle attribue en outre trois mentions honorables de 1.500 fr.: 1° A M. le Dr GAVOY, pour son *cérébrotome* ; — 2° à M. le Dr REDARD, pour son ouvrage sur le *transport en chemin de fer des blessés et malades militaires* ; — 3° à M. le Dr TOPINARD, pour son *traité d'anthropologie.* Des citations honorables sont accordées à MM. MONCORVO, PAOLI, POLAILLON, DE SAINT-GERMAIN, SAINT-YVES, MÉNARD, ED. RETTERER, ROBERT DE LATOUR, THOMAS.

Prix Bréant. — Le prix annuel est décerné à M. le Dr MAHÉ, médecin sanitaire à Constantinople. La commission accorde en outre trois mentions honorables à M. le Dr BOUVERET, GARRIEL POUCHET, EMILE RIVIÈRE, et un encouragement de 500 fr. à M. A. VILLIERS.

Prix Godard. — Décerné à M. le Dr ERNEST DESNOS, pour ses travaux sur une *cause particulière de rétention d'urine, et sur l'appareil génital des vieillards.*

Prix Lallemand. — Décerné à M. le Dr GRASSET, de Montpellier, pour son *traité pratique des maladies du système nerveux.* Une mention honorable est accordée à M. le Dr BERNARD, de Marseille, pour sa thèse sur l'*aphasie et ses diverses formes.*

Prix Lacaze. — Décerné à M. DUCLAUX, pour l'ensemble de ses travaux de physiologie.

Prix Montyon. — Le prix est décerné à M. le Dr REMY, pour son travail sur *les nerfs éjaculateurs.* Une mention honorable est accordée à M. le Dr ROUCH.

Prix Montyon (arts insalubres). — Le prix est partagé entre M. CH. GIRARD, pour son livre sur les *falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal*, et M. CHAMBERLAND, pour son appareil *à bougies filtrantes.*

Prix Petit d'Hormoy (sciences naturelles). — Décerné à M. SAPPEY, pour son ouvrage sur l'*anatomie, la physiologie et la pathologie des vaisseaux lymphatiques considérés chez l'homme et chez les vertèbrés.*

Prix Cuvier. — Décerné à M. VAN BENEDEN, pour ses travaux de zoologie.

Grand Prix de sciences physiques. — Etude de la *structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes d'animaux invertébrés.* Le prix est décerné à M. JOHANNES CHATIN.

Prix Gama Machado. — Décerné à M. le Dr PAUL GIROD.

Prix Barbier, partagé entre MM. RAPHAEL DUBOIS (machine à anesthésier) et MM. HOECKEL ET SCHLAGDENHAUFEN.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. OESCHNER DE CONINCK présente, de la part de M. Ph. LAFON, un rapport sur la toxicologie en Allemagne et en Russie.

M. LAFFONT, qui a étudié les effets du protoxyde d'azote sur l'organisme, a remarqué que celui-ci faisait apparaître de l'hyperglycémie et de la glycosurie. Les battements du cœur diminuent de fréquence et la pression intra-vasculaire s'abaisse considérablement. Ces phénomènes se montrent même avant que l'anesthésie soit complète.

M. DUBOIS a observé qu'en faisant des injections d'hypnone le sommeil chloroformique survenait beaucoup plus rapidement; dans ces cas, le mélange titré à 8 0/0 pouvait être remplacé par le mélange à 4 0/0.

M. V. HORSLEY a fait de nombreuses expériences sur des singes, auxquels il extirpait le corps thyroïde, dans le but d'élucider *la pathogénie du myxœdème.* Il pratique l'extirpation de cet organe et en se servant des méthodes antiseptiques : la guérison et la cicatrisation de la plaie par première intention ont toujours lieu. D'une façon générale, les singes meurent après six ou sept semaines, présentant tous les symptômes du myxœdème. Le tissu cellulaire est considérablement augmenté; il survient un tremblement de tous les muscles, suivi de paralysie fonctionnelle analogue à celle qu'on observe dans la paralysie agitante. Il a vu quelquefois survenir des hémiplégies transitoires qui ont duré de une à cinq heures. Les paupières sont œdématiées. la rate est très volumineuse, les animaux voient en outre leurs fonctions cérébrales diminuées, au point qu'on peut les considérer comme de véritables crétins. La température s'abaisse jusqu'à la mort, époque à laquelle elle peut être inférieure de 2° à 3° à la normale. En maintenant les animaux dans un milieu porté artificiellement à une température élevée, la survie peut avoir lieu pendant quatre à cinq mois; ceux-ci présentent alors tous les signes de la décrépitude sénile. Il distingue trois états : neurotique, myxœdémateux et atrophique. L'extirpation du corps thyroïde est toujours mortelle; cependant, Schiff, qui a expérimenté sur des chiens, a pu constater la survie : ceci tenait à ce que ces animaux étaient vieux et que cet organe présente dans la vieillesse, comparativement aux premières années, une atrophie qui indique, sinon l'inutilité de fonction à cet âge, tout au moins une grande diminution qui ne le rend plus indispensable à la bonne exécution des phénomènes organiques.

M. LABORDE remercie M. Horseley, au nom de la Société, de sa très intéressante communication et fait remarquer qu'il y a des crétins goîtreux qui portent un corps thyroïde très développé.

M. HORSELEY répond que, dans ces cas, il y a altération telle de l'organe que l'hypertrophie peut être assimilée à l'absence du corps thyroïde au point de vue de ses fonctions.

M. A. PONCET (de Lyon) présente un crâne sur lequel on constate une déformation particulière qu'il a signalée pour la première fois, il y a quatre ans, au Congrès de l'Association française tenu à Reims. Il s'agit d'une périostose professionnelle observée par lui chez la plupart des scieurs de long. M. Poncet, qui avait maintes fois rencontré sur le vivant cette tuméfaction osseuse caractéristique, en donne aujourd'hui la démonstration anatomique. Dernièrement succombait dans son service, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un scieur de long âgé de 28 ans, exerçant sa profession depuis l'âge de 16 ans. C'est le crâne de ce sujet, mort d'occlusion intestinale, que M. Poncet met sous les yeux des membres de la Société. Sur la suture sagittale, à l'union du frontal et des pariétaux, on remarque une hyperostose des plus nettes, mesurant 25 à 30 millimètres dans ses divers diamètres. Ce durillon osseux reconnaît pour cause les frottements exercés par des fardeaux pesants. Souvent, en effet, par le fait de leur profession, les scieurs de long soulèvent avec la tête de lourdes pièces de bois, des madriers, sans qu'aucun corps étranger tels qu'une coiffure, qu'un coussinet quelconque, vienne amortir les pressions. Cette déformation, ajoute M. Poncet, intéresse le clinicien, l'anthropologiste; au point de vue médico-légal, elle peut constituer un signe d'identité.

M. D'ARSONVAL remet une note de M. CHARPENTIER (de Nancy) sur un phénomène entoptique dû à l'éclairement de certaines couches de la rétine.

M. D'ARSONVAL a étudié les relations qui existent entre la variation négative du muscle et son travail fonctionnel, et des recherches qui sont en voie d'exécution, il conclut que cette variation ou oscillation négative croît avec la charge imposée au faisceau musculaire.

M. LEPINE rappelle que dans les cas d'obstruction du canal cholédoque on admet que la bile peut passer dans les lymphatiques du foie, mais que le passage dans les veines sus-hépatiques est encore très discuté. M. Ludwig, dans

divers travaux, a adopté formellement la négative. L'auteur a lié le canal cholédoque et introduit dans la vésicule biliaire une canule qui lui permet d'exercer sur son contenu une forte pression. Dans tous les cas, il a vu nettement les acides biliaires passer dans les veines sus-hépatiques. Ces faits sortent évidemment un peu du domaine pathologique, où l'obstruction du cholédoque existe seule, mais néanmoins ils démontrent la possibilité du passage de la bile dans le système veineux.

M. Déjérine a étudié la pathogénie de la mort subite dans la fièvre typhoïde, sur deux cas mortels survenus dans le service de M. Vulpian. Dans ces deux cas, il a recherché l'artérite des artères coronaires décrite par M. Hayem et ne l'a pas trouvée. C'est alors qu'il a constaté que les modifications fonctionnelles du cœur qui avaient amené la syncope étaient dues au décollement du trait scalariforme d'Erberth, que MM. Renaut et Landouzy avaient déjà observé chez d'anciens mitraux et à la suite de vieilles péricardites adhésives. En dehors de cette altération, les faisceaux musculaires n'étaient pas dégénérés.

M. Debierre décrit une articulation anormale observée une fois entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde.

Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 6 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

3. Lésions multiples des orifices du cœur: — Athérome valvulaire ; par Paul Raymond, interne des hôpitaux.

La nommée G..., 43, ans, entre le 11 février 1885 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Moutard-Martin.

Elle raconte que six mois après une fièvre typhoïde qu'elle a eue il y a trois ans, elle fut prise de palpitations accompagnées d'œdème malléolaire, de dyspnée, de troubles circulatoires cérébraux, vertiges, bourdonnements d'oreille, de lenteur des digestions, etc. Ces accidents ont été soumis à des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au jour où elle entre à l'hôpital prise d'asystolie.

On constate de l'œdème des membres inférieurs, refroidissement des extrémités, facies pâle avec pommettes plaquées de rouge ; arhythmie cardiaque très prononcée; pouls petit, irrégulier, intermittent; faux pas du cœur. La pointe, un peu abaissée, est déviée à gauche; toutefois, peu d'hypertrophie. A l'auscultation, souffle présystolique et souffle diastolique à la pointe. Ce dernier est rude, presque râpeux et se propage vers l'aisselle gauche. A l'orifice aortique souffle diastolique léger : palpitations et dyspnée, mais peu marquées; râles de bronchite dans les deux poumons. Les jugulaires se vident mal, le foie est gros; il n'y a pas d'ascite. Urines, 1 litre: peu d'albumine. La malade était en traitement lorsque le 26 février elle accuse une forte douleur du côté droit. Cette douleur s'exaspère par la pression au niveau du bouton diaphragmatique, entre les attaches du sterno-mastoïdien, au niveau du 3e et 4e espace intercostal droit, enfin, le long des insertions du diaphragme. Le 27, matité à la base du poumon droit, souffle à l'expiration, égophonie, pectoriloquie aphone. Le 28, apparition de crachats aérés visqueux, jaunâtres, transparents, poussées d'ictère. Le 1er mars, bronchophonie à la limite supérieure de l'épanchement, l'ictère s'accentue. La malade succombe le 4 mars à cette pneumonie droite compliquée de pleurésie diaphragmatique et d'ictère.

Autopsie. — Dans les ¾ inférieurs du *poumon droit*, pneumonie à la période d'hépatisation rouge ; adhérences de la *plèvre costale* à sa partie inférieure. La *plèvre diaphragmatique* est enflammée, tapissée de fausses membranes qui relient le poumon au diaphragme. Dans la cavité pleurale existe un liquide séro-purulent d'une quantité de 200 grammes environ. Au lobe supérieur de ce poumon, et dans le poumon gauche lésions de bronchite. Le *foie* est gros et présente tous les caractères du foie cardiaque; en outre, on trouve au niveau de son bord postérieur de la périhépatite ; en enlevant le péritoine qui tapisse la face supérieure de l'organe, on entraîne des lobules qui présentent une teinte d'un jaune bilieux. Le *cœur* est hypertrophié ; sa pointe est amincie et molle. On constate par les procédés ordinaires l'insuffisance aortique et un rétrécissement mitral sur les valvules sigmoïdes de l'aorte on trouve des points durs, jaunâtres, dus à l'athérome; sur l'une des valvules, il y a au niveau du bord libre un réticulum formé par des brides indurées ; quelques plaques d'athérome dans la portion verticale de la crosse. Sur la face auriculaire de la valvule tricuspide, on rencontre de l'endocardite végétante qui paraît être d'origine récente ; sur une base rouge s'élèvent de petites végétations fibrineuses formant une collerette sur le bord libre ; l'orifice pulmonaire paraît sain. Les deux valves de la mitrale sont épaissies, boursouflées. Le bord libre est induré, mais la lésion principale siège sur la face auriculaire de la valvule, où l'on rencontre une masse indurée rugueuse faisant une saillie notable et occupant sur chaque valve les trois quarts environ de leur étendue. Sur la partie moyenne de la valve externe, existe au centre de la prolifération scléreuse une dépression anfractueuse à bords irréguliers d'une profondeur de trois ou quatre millimètres et qui a très évidemment donné autrefois naissance à un embolus. La saillie des deux masses indurées vers le centre de l'orifice est telle qu'il n'est pas possible d'y introduire l'extrémité du petit doigt.

4. Ramollissement du cervelet ; par M. Thierry, interne provisoire.

Le nommé Dor..., âgé de 35 ans, entre le 23 février 1885 à l'Hôtel-Dieu. Antécédents :—Santé habituelle excellente, troublée, il y a un an, par une attaque aiguë de *rhumatisme articulaire*, — laquelle céda, en 15 jours, à la médication salicylée. — Aucune trace actuellement appréciable de *syphilis* formellement niée, d'ailleurs, par le malade ; — une cautérisation au crayon de nitrate, lui aurait cependant été faite, en 1872, pour de petites plaies de la bouche; aucun traitement mercuriel et ioduré ne lui aurait été prescrit à la même époque, ni depuis. — Habitudes généralement sobres, et nullement portées aux excès alcooliques ou vénériens. — Aucun soupçon de diathèse héréditaire.

Le *début* de l'affection actuelle remonte, d'après le malade, à un mois. Comme premières manifestations, apparurent des douleurs de tête continues, des vomissements glaireux et verdâtres, survenant sans cause apparente, à une heure quelconque de la journée, d'abord rares, puis plusieurs fois répétés dans les vingt-quatre heures. — Des étourdissements, de l'obnubilation passagère de la vue, une faiblesse insolite des membres du côté gauche, rendirent peu à peu incertaine la démarche de Dor...., et lui donnèrent des allures d'homme ivre. Maintes fois il dut s'asseoir pour éviter une chute ; encore lui est-il arrivé, à diverses reprises, de tomber tout étourdi, au milieu de ses occupations. — Un vase, un outil lui échappaient des doigts, lorsqu'il les saisissait de la main gauche.—Aucune attaque convulsive ou apoplectiforme avec perte de connaissance à relever. — Il y a huit jours que Dor.... a dû abandonner tout exercice.

Actuellement, le malade accuse une faiblesse excessive de tout le côté gauche. La station debout est impossible ; couché, c'est le décubitus latéral droit que le patient conserve invariablement. Les membres du côté parésié, ne sont point paralysés de leurs mouvements, mais ceux-ci sont lents et peu énergiques. — Le membre inférieur gauche, facilement fléchi et étendu par le malade, tant que le talon repose sur le lit, est impuissant à se soulever et à se détacher du plan horizontal, sans l'aide de la jambe droite. — La main gauche ne s'ouvre qu'incomplètement pour saisir un objet : l'extension du pouce, de l'index et de la première phalange du médius est seule possible, les autres doigts restent fléchis comme dans la main *en griffe*. Qu'avec cette main le malade cherche à saisir un verre un objet un peu lourd, celui-ci lui glisse aussitôt des doigts, quelque effort qu'il fasse. — D'ailleurs aucune contracture, ni

secousses convulsives. — Aucun trouble de motilité du côté droit. La sensibilité persiste des deux côtés, avec tous ses modes (tact, douleur, température); elle semble toutefois un peu atténuée à gauche. — Même atténuation, de ce côté, des réflexes rotulien, plantaire, testiculaire. — Pas d'atrophie ni de lésions cutanées des membres. La céphalalgie est continue, intense, également vive par toute la tête. — Des bourdonnements d'oreille avec diminution notable de l'acuité auditive à gauche. Du même côté, amblyopie, et dilatation extrême de la pupille, dont la grande ouverture contraste avec la pupille droite normalement contractée. — Apathie, somnolence continuelle, rêvasseries et paroles incohérentes; pas d'agitation.— Tiré de son abattement, le malade répond avec intelligence aux questions qu'on lui fait, et semble avoir gardé un souvenir exact de ce qui lui est arrivé. Ralentissement du pouls, qui est à 50. — Température du creux de l'aisselle, 36°3, le soir. Rythme des battements cardiaques, normal; aucun souffle valvulaire.

La respiration est également régulière, à 16 inspirations par minute; elle ne trahit aucune lésion pulmonaire. — Deux vomissements, dans la soirée, peu abondants, glaireux, teintés de vert. — Le malade n'a pas uriné dans la journée, et la percussion ne décèle pas de distension vésicale. — Administration quotidienne de 2 gr. d'iodure de potassium.

24 février. Même état que la veille. — Pouls, 72. — T. 37°2. Respiration, 24. La miction s'est faite en partie dans le lit. — Ni albumine, ni sucre dans les urines recueillies. — Quelques régurgitations glaireuses.

25 février. Accentuation de l'état de stupeur. — Subdélirium, sans agitation. Pouls, 72. T. 37°2. Resp. 20. — Pas de vomissements. Miction comme la veille.

26 février. Prostration, délire. — Pouls 70. — T. 37°2. — Resp. 20. — Pas de vomissement.

27 février. Le malade tombe dans le coma et se cyanose. — La pupille gauche, jusque-là largement dilatée, se resserre et demeure comme la pupille droite légèrement contractée. — Mort à 10 h. du matin.

Nécropsie. — Hyperhémie intense de la totalité des deux *poumons*; infiltration sanguine diffuse dans différents points. Plèvre absolument saine.— *Cœur* petit, dur et contracté, avec effacement partiel des cavités ventriculaires; — aucune trace de lésion aux orifices valvulaires. — *Foie, rate, reins*, fortement congestionnés, sans aucune altération du parenchyme. — *Cerveau.* — *Méninges* complètement libres d'adhérences, sans trace d'inflammation ni de granulations miliaires.— Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang noir et font saillie à la surface des circonvolutions. Epanchement séreux, clair, limpide et très abondant dans les ventricules. — Ramollissement très superficiel des parois du ventricule latéral droit; — intégrité des autres parties du cerveau, qui a, d'ailleurs, conservé sa consistance normale. — *Cervelet.*— Ramollissement de la presque totalité du *lobe cérébelleux gauche*, dont les extrémités antérieure et postérieure forment une bandelette blanc-grisâtre. Les parties blanches les plus centrales qui constituent le pied des pédoncules, ont seules gardé la consistance habituelle. — Un autre noyau de ramollissement superficiel est limité à l'extrémité antérieure du lobe cérébelleux droit. — Le lobe moyen est intact, de même que le bulbe et la protubérance. — Le *tronc basilaire* est perméable dans toute son étendue, mais une coagulation oblitère sur une longueur de 1 centimètre, l'*artère cérébelleuse inférieure et postérieure* gauche née de la vertébrale.

L'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Cornil, décèle l'existence d'un grand nombre de corps granuleux dans la substance nerveuse envahie par le ramollissement.

5. M. Girod présente le crâne et le cerveau d'un homme qui, en état d'ivresse, s'est tiré un coup de revolver dans la bouche. Il vint lui-même le lendemain à l'hôpital, marchant en titubant un peu, mais ayant toute sa connaissance. M. Périer explore le trajet sans arriver sur le projectile. Le malade meurt quatre jours après, n'ayant présenté que de l'agitation très vive et de la rétention d'urine prolongée. A l'*autopsie*, on voit que la balle a perforé le voile du palais, fracturé le condyle occipital gauche, pénétré dans le trou déchiré postérieur, pour aller se loger dans le *lobe gauche du cervelet*.

Séance du 13 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

6. Kystes hydatiques multiples du foie. — Ponction d'une poche volumineuse, suppurée, au-devant de la vessie. — Sonde à demeure. Mort; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Eul.... Ernest, 53 ans, modèle, entré le 30 décembre 1884, salle Michon, n° 4 (hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil) (1).

Mulâtre, fort, vigoureux, né à St-Pierre (Martinique). Le malade ne peut nullement préciser le moment où l'affection a débuté. Il s'est seulement aperçu que, depuis une époque qu'il ne saurait déterminer, son abdomen a peu à peu grossi. Avec cela les signes fonctionnels ont toujours été à peu près nuls; il y a seulement parfois un peu de dysurie. L'état général est resté fort bon. Le sujet est amené à l'hôpital exclusivement à cause de la tumeur hypogastrique, cette altération de ses formes l'entravant dans l'exercice de sa profession de modèle. A la vue, au-dessus du pubis, on remarque tout d'abord une saillie assez régulièrement sphérique, médiane, à peu près symétrique. Elle paraît bien limitée, bien indépendante des parties voisines et ressemble absolument à la vessie distendue par l'urine. Mais ce n'est certainement pas la vessie, car elle ne se vide pas par le cathétérisme. La tumeur est indépendante du pubis, en arrière duquel on peut déterminer un véritable sillon de séparation. Sur la ligne médiane, elle remonte jusqu'à l'ombilic, et sur les côtés on sent ses parties latérales régulièrement arrondies.

A la palpation la tumeur est lisse, régulière; elle ne présente aucune bosselure. La fluctuation est manifeste, facile à percevoir. On a la sensation d'une poche liquide, tendue et résistante. Nulle part il n'y a de frémissement. Il est absolument impossible d'imprimer à la tumeur un mouvement quelconque de latéralité, d'élévation ou d'abaissement. La percussion donne une matité absolue à ce niveau. Les flancs sont sonores et contiennent l'intestin repoussé sur les côtés de la tumeur. Lorsqu'on fait contracter la paroi abdominale en disant au malade de s'asseoir tandis qu'un aide l'empêche d'exécuter cet ordre, on sent manifestement cette paroi se contracter au-devant de la tumeur, sans que celle-ci subisse aucune modification, dans son volume, sa forme, ou sa consistance. En pratiquant la palpation avec soin, on parvient à constater qu'en haut et à droite il part de la tumeur un prolongement épais, profond, se portant en haut et en dehors, dans la direction de l'hypochondre droit. Et à ce niveau, la sonorité est diminuée; mais il n'y a pas, à vrai dire, matité. Aussi M. Verneuil pense-t-il qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie ayant envoyé en bas un prolongement qui s'est étalé au-devant de la vessie.

5 janvier. Une ponction exploratrice faite avec l'aspirateur de Dieulafoy donne issue à du pus extrêmement fétide, contenant des vésicules hydatiques.

14 janvier. M. Verneuil ponctionne la tumeur, à trois travers de doigts au dessus du pubis, un peu à droite de la ligne médiane, avec un gros trocart, dont le tube a exactement le calibre d'une sonde n° 23 (filière Charrière). Après évacuation de la poche, il est mis, par la canule du trocart, une sonde que l'on garnit ensuite à son extrémité d'une capote en baudruche disposée comme celle du trocart de Reybard: puis cette sonde est fixée à la paroi abdominale, avec du collodion, à l'aide de deux fils de coton mis en croix. Dans la journée, deux injections de solution d'acide borique à 4 p. 0/0. Vers 9 heures du soir,

(1) La partie clinique de l'observation, avant l'opération, a été rédigée d'après les notes de mon ami Verchère, chef de clinique du service.

frisson assez peu intense, se prolongeant avec intermittences jusqu'à 10 h. 1/2. Pendant le frisson, un vomissement peu abondant, sans effort. A 10 h. 1/2, la chaleur a commencé. Vers 4 h. du matin, légère transpiration. Le frisson a été précédé et suivi de hoquet assez intense à 10 h. du soir. T. 40°.

Jusqu'au 15, la sonde n'a pas été touchée. Il a seulement été pratiqué deux injections d'acide borique par jour. Mais l'entrée de l'air dans la cavité n'a pu être évitée. Deux fois, le matin, la baudruche a été trouvée sèche, collée et déchirée au regard de l'orifice de la sonde, La fièvre est restée assez intense (T. de 38° à 39°,5).

19 *janvier*. La sonde est retirée. Le trajet est dilaté avec une pince à forcipressure. Issue d'un litre environ de liquide purulent, très séreux, extrêmement fétide, contenant des quantités considérables de petits hydatides qui n'ont pas toutes suppuré. Sonde à demeure n° 25 ou 26, bouchée avec un fausset.

Les jours suivants, tous les matins, la sonde a été retirée. Le liquide s'est toujours écoulé difficilement par l'orifice, que des hydatides volumineuses oblitéraient constamment. Alors, avec une pince à forcipressure, on allait à la pêche pour ainsi dire, de ces vésicules. Il en est ainsi sorti une quantité innombrable. Au bout de peu de jours, le liquide a acquis une coloration jaune orange. Il a constamment conservé une fétidité extrême, malgré le lavage à l'eau phéniquée pratiqué chaque matin jusqu'à ce que le liquide ressortît clair et malgré une injection faite chaque soir. En introduisant la sonde on voit nettement qu'elle s'enfonce (de presque toute sa longueur), en obliquant en haut et à droite.

27 *janvier*. Les vésicules sont devenues fort peu abondantes. Pendant les deux ou trois jours suivants, il n'en est plus sorti que trois ou quatre à chaque lavage. Diarrhée. inappétence, fièvre hectique (de 38°,5 à 39°). Le liquide, toujours très fétide, stagne certainement dans les parties déclives de la cavité.

4 *février*. Des fragments de la paroi mère, colorés en jaune, ont commencé à être éliminés. Comme les vésicules, il faut aller les pêcher avec une pince à forcipressure. Le matin, avant toute injection, la cavité contient au moins 500 grammes de liquide.

23 *février*. Issue du dernier fragment de la paroi. La fièvre persiste toujours, mais la fétidité du liquide est moindre. Il suffit de trois seringues pour que le lavage de la cavité semble bien effectué.

2 *mars*. La fétidité du liquide est beaucoup moindre. En outre l'aspect s'est progressivement modifié. La couleur jaune a cessé peu à peu et aujourd'hui il sort un pus épais et verdâtre.

5 *mars*. La nuit dernière, un frisson. Ce matin, liquide abondant, séreux, orangé, assez fétide.

Affaiblissement rapide, sans aucune douleur.

Mort le 9 *mars*, à une heure du matin, sans aucune agitation.

Autopsie pratiquée le 10 mars à 10 heures du matin, n'a pu être faite complétement. Il y avait opposition absolue et j'ai seulement pu extraire les organes abdominaux à l'aide d'une incision verticale passant par le trajet de la sonde.

La dissection des deux lèvres de cette incision a montré qu'autour de la poche, plongeant en bas derrière le pubis et remontant jusqu'au foie. les anses intestinales sont, dans toute la cavité péritonéale, agglutinées par des adhérences molles. Il n'y a pas de liquide dans le péritoine. En dévidant ces anses on arrive à voir que dans l'hypochondre gauche elles adhèrent fortement à une tumeur assez régulièrement sphérique, appendue au foie et adhérente à la rate par sa face postérieure. L'intestin adhère également à la poche qui a été ponctionnée. Mais il n'y a aucune communication entre sa cavité et celle du kyste. Les *reins* sont sains.

Le *foie* est alors extrait. Dans les manœuvres nécessitées par son extraction, une poche contenant au moins un litre de liquide purulent, infect, s'est rompue. Le foie, une fois isolé, on constate qu'indépendamment du kyste qui, parti de sa face inférieure, est descendu jusqu'au-devant de la vessie, plusieurs autres kystes volumineux ont pour ainsi dire anéanti le tissu hépatique, réduit à des lamelles rosées, fibroïdes, séparant les poches kystiques les unes des autres. Une poche volumineuse proémine à la face supérieure du lobe droit. A gauche du ligament suspenseur on voit d'abord la cavité de la poche qui s'est rompue pendant l'extraction. Une autre cavité existe à l'extrémité gauche de la face supérieure, au-dessus de la tumeur qui, née de la face inférieure et plus grosse que le poing, est descendue au-devant de la rate. La ponction de cette dernière poche a montré que son contenu est transparent comme de l'eau de roche ; d'autre part qu'elle ne communique pas avec la précédente.

Réflexions.—Je n'insisterai pas ici sur la sonde à demeure comme mode de traitement des kystes hydatiques de la cavité abdominale et du foie en particulier. Cette méthode, étudiée avec soin par M. le professeur Verneuil, a fait l'objet de la thèse de Launay (1883). Je me bornerai seulement à faire remarquer l'impuissance évidente de toute intervention pour les kystes multiloculaires, volumineux, qui réduisent à rien le tissu hépatique. La poche principale, celle qui proémine à l'abdomen. est bien connue dans sa forme, sa position, et on s'attaque à elle ; mais derrière elle il y en a d'autres que l'on n'a pu diagnostiquer et qui empêchent le succès. L'observation précédente présente encore quelques particularités remarquables. D'abord il n'est pas fréquent de voir un kyste du foie descendre jusqu'au-devant de la vessie. Et ici, le kyste pouvait en imposer aisément pour une tumeur de la cavité de Retzius. Il fallait une palpation minutieuse pour trouver le prolongement qui la rattachait à l'hypochondre droit.

Une fois la ponction opérée, la fétidité du liquide a été telle que M. Verneuil s'est demandé un instant s'il n'y avait pas une communication avec l'intestin, s'il ne s'était pas établi en un mot une fistule stercoropurulente. C'est qu'en effet, ainsi qu'il nous l'a dit dans une clinique faite à ce propos. il a observé trois cas de ce genre. Mais l'examen microscopique du liquide, pratiqué par M. Nepveu, n'a jamais pu y faire trouver de produits venus de l'intestin. Il devenait donc probable que la communication intestinale n'existait pas, et cela a été vérifié par l'autopsie. Il est enfin un fait dont l'interprétation est assez obscure. Lors de la ponction exploratrice, la poche prévésicale était suppurée : la suppuration s'y était donc opérée spontanément. Il en était de même pour le kyste qui s'est rompu pendant l'autopsie et qui était absolument indépendant du précédent. Et cependant le liquide contenu dans la poche présplénique est resté limpide comme de l'eau de roche ; de même pour le kyste à l'extrémité gauche de la face convexe.

7. M. Gilles de la Tourette présente des pièces provenant d'une femme dont la mort subite, à la suite d'une fausse couche, avait fait soupçonner un avortement. A l'*autopsie*, on trouve dans l'utérus le point d'implantation placentaire, et dans l'ovaire gauche un corps rouge de la grossesse. Les veines de l'abdomen sont intactes ; mais on voit dans la rate un énorme infarctus, des caillots dans l'artère splénique, dans le cœur des masses végétantes sur le bord des valves mitrales, et une ulcération perforant l'estomac au point où il adhère à la rate.

Ces lésions sont intéressantes au point de vue médicolégal, car cette mort subite par endocardite infectieuse a pu faire penser à l'avortement.

M. Netter a trouvé des microbes arrondis isolés et en chaînettes à la surface de la muqueuse utérine, dans le caillot de l'artère splénique, dans l'infarctus de la rate et dans les végétations de l'endocarde.

M. Kirmisson fait remarquer que la perforation de l'estomac ne s'est pas produite du vivant de la malade, puisqu'il n'y a rien dans le péritoine ; cette ulcération arrondie semble provenir de lésions vasculaires analogues à celles qu'on observe dans l'ulcère rond.

M. Cornil pense qu'il y a là une lésion artificielle résultant à la fois d'une inflammation de la muqueuse, de la décomposition cadavérique et d'une rupture due aux manœuvres de l'autopsie. Quant aux autres lésions, elle proviennent d'une métrite puerpérale, amenant la phlébite, l'endocardite et les embolies septiques. Dans l'endocardite ulcéreuse, on trouve des microbes différents suivant la cause de cette endocardite ; si cette endocardite résulte d'une septicémie, comme ici, on a des streptococcus ; si elle accompagne le rhumatisme, on a des microbes ronds, un peu allongés parfois, même de petits bâtonnets ; si elle accompagne une pneumonie, on a des diplococcus lancéolés, etc.

M. Charrin demande s'il n'y a pas un microbe spécial de l'endocardite ulcéreuse, lorsqu'elle se produit en dehors des autres causes d'infection.

M. Cornil. Ces relations de causes sont souvent très difficiles à établir, par exemple dans le cas où l'endocardite coexiste avec une pneumonie reliée à un exanthème, comme la pneumonie de la variole. Mais il y a aussi des faits moins complexes, comme l'endocardite liée à la pneumonie simple, où l'on trouve alors des microbes lancéolés ; l'endocardite liée à la phthisie, où l'on trouve des bacilles de tuberculose. De ces faits bien nets, on peut déduire l'hypothèse que chaque endocardite ulcéreuse a une cause réelle, quoiqu'il soit souvent difficile de déterminer cette cause.

Séance du 20 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

11. Note sur la recherche des corps granuleux dans les centres nerveux ; par P. Marie, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

L'importance des corps granuleux au point de vue des études anatomo-pathologiques dans les centres nerveux, a été reconnue dès le début de ces études. De l'avis général, la présence de ces corps constitue le signe le plus fin et en même temps le plus probant que nous possédions pour affirmer s'il y a ou non lésion des centres encéphalo-médullaires (1) ; mais ce n'est pas seulement l'existence de la lésion, c'est encore sa localisation qu'ils peuvent nous aider à reconnaître. Jusqu'à présent la technique employée pour leur recherche n'a pas, croyons-nous, permis d'en tirer tout le parti qu'il conviendrait.

En effet, pour cela, il faudrait examiner les corps granuleux en place, sur des coupes, ce n'est pas ce qui a lieu, puisque la façon la plus généralement employée pour les rechercher est la dissociation de petites parcelles de tissu nerveux prises au moyen d'aiguilles. Cette méthode permet, à la vérité, de constater nettement la présence des corps granuleux, mais exige un nombre considérable de préparations pour explorer une région et encore seulement d'une façon approximative, et elle ne donne aucun renseignement sur la situation qu'occupent ces corps granuleux par rapport aux autres éléments de l'organe dans lequel ils se trouvent. Cette situation des corps granuleux ne peut être reconnue qu'au moyen de coupes méthodiques; or, dans les coupes telles qu'on les fait ordinairement, les corps granuleux se trouvent détruits soit en totalité soit en partie. Nous devons notamment signaler à ce propos l'action tout à fait funeste de l'alcool absolu employé, soit pour le durcissement, soit pour le montage des coupes; l'alcool ordinaire lui-même n'est pas sans exercer sur les corps granuleux une action souvent fâcheuse, de telle sorte que, dans une coupe faite après durcissement dans ce liquide, on n'est jamais sûr qu'un certain nombre de ces éléments n'aient pas disparu.

La méthode que nous employons depuis les derniers mois de 1883 permet, au contraire, de conserver tous les corps granuleux d'une façon absolue et de les voir d'une façon aussi nette que par l'emploi de la dissociation et de plus d'étudier leur localisation précise. Elle consiste dans l'usage de la méthode de *congélation*; cette méthode a, comme on sait, souvent été employée dans ces dernières années pour l'étude des différents tissus, mais des préventions mal justifiées, croyons-nous, ont, jusqu'à présent empêché de l'appliquer à l'anatomie pathologique des centres nerveux. On lui a reproché en effet d'altérer les éléments et d'être mal appropriée à l'étude d'un tissu aussi délicat que celui des centres nerveux. C'est là une crainte tout au moins exagérée, et nous pouvons affirmer que jamais, dans nos nombreuses préparations, nous n'avons constaté le moindre inconvénient de ce genre. — Peut-être dans des recherches d'histologie pure, extrêmement minutieuses, pourrait-on se méfier de ce procédé; mais pour les examens médicaux ordinaires on doit le considérer comme tout à fait inoffensif. L'un des avantages de cette méthode est de pouvoir être appliquée à n'importe quel moment du durcissement, aussi bien aux pièces tout à fait fraîches qu'à celles qui ont déjà passé plusieurs mois dans les bichromates, les résultats sont toujours aussi satisfaisants, la seule difficulté consiste dans le déroulement des coupes, mais avec un peu d'habitude et de tâtonnements on en vient généralement à bout.

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que l'étude des corps granuleux soit toujours aussi aisée à n'importe quel moment du durcissement, il est bon de faire à cet égard des distinctions. Si on a affaire à des coupes fraîches ou n'ayant séjourné que peu de temps dans les bichromates, les corps granuleux, grâce à leur réfringence spéciale, se voient très nettement sans l'aide d'aucun réactif colorant, tout au plus est-il bon de colorer la coupe par le picrocarmin pour éviter de prendre pour des corps granuleux des cellules contenant, soit dans leur intérieur, soit dans un point de leur périphérie des granulations graisseuses (grandes cellules pyramidales de l'écorce, cellules de la couche optique, grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, etc...) ; autant que possible monter dans l'eau et laisser dans la chambre humide et non dans la glycérine qui fait rapidement disparaître les corps granuleux. Si au contraire les coupes proviennent de pièces durcies depuis longtemps dans les bichromates, on éprouvera souvent une assez grande difficulté à reconnaître les corps granuleux, surtout dans certaines régions où les propriétés optiques du tissu ambiant sont peu favorables à cette recherche (capsule interne, protubérance). — Il sera nécessaire alors d'avoir recours aux réactifs colorants; nous avons essayé un grand nombre de ceux-ci et pendant quelque temps nous avons employé avec succès le procédé étudié par M. Kornilowich dans le laboratoire de la Salpêtrière et décrit par lui dans le *Progrès médical* 1884. Mais à la suite d'essais plus récents faits en commun avec M. Huet, interne des hôpitaux, nous avons adopté tout spécialement le bleu de quinoléine qui a l'avantage, sur des pièces suffisamment fixées par les bichromates, de ne colorer absolument que les corps granuleux, ou du moins d'avoir pour ceux-ci une élection telle qu'il devient aisé de les découvrir du premier coup d'œil, même lorsqu'ils sont à l'état isolé. Nous faisons usage de la solution de quinoléine préparée suivant les indications de Ranvier dans sa technique microscopique ; on en met 2 ou 3 gouttes sur la coupe suffisamment lavée (s'il restait encore du bichromate celui-ci formerait des cristaux), on laisse 2 ou 3 minutes et on monte dans la glycérine. Les corps granuleux sont colorés en bleu intense, tandis que le reste du tissu prend une teinte d'un bleu très pâle. On peut aussi, sur des pièces déjà durcies, faire usage de l'acide osmique en vapeurs; les corps granuleux sont colorés en noir plus foncé que le reste de la substance nerveuse, mais il faut avoir soin de bien laver la coupe si on veut la conserver pendant quelques jours, sinon l'acide osmique diffuse dans la glycérine, et la préparation est complètement perdue. Les méthodes de coloration donnent, ainsi que nous venons de le dire, des résultats un peu différents suivant le degré de durcissement, mais quel que soit celui-ci on obtient toujours des résultats satisfaisants avec l'emploi

(1) Nous ne parlons, bien entendu, que des cas où le processus est en évolution et non des lésions anciennes où il n'y a plus que des altérations scléreuses, les corps granuleux ayant complètement disparu.

des coupes par congélation. C'est là le point sur lequel nous voulions spécialement insister dans cette note.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 17 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUREAU.

M. DUHOUSSEY rappelle les recherches qu'il a faites jadis sur les différents aspects de l'arc que forme la projection du maxillaire inférieur. On peut dresser un tableau de ces divers aspects, partant des formes les plus étroites et les plus allongées, telles qu'on les rencontre chez certains carnassiers pour arriver, par une progression graduelle, à l'arc régulier dans presque tous ses diamètres que décrit le maxillaire inférieur de l'Européen.

M. MANOUVRIER présente de la part de M. DOUTREBENTE, un crâne provenant d'un imbécile de l'asile de Blois. Ce crâne est remarquable par son front extrêmement fuyant rappelant celui du crâne de Néanderthal, sauf les crêtes sourcillières qui sont à peu près normales.

M. RIBBE communique à la Société les conclusoins de sa thèse inaugurale qu'il vient de passer sur *l'ordre d'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines.* Œuvre de patience et fruit de longues recherches, ce travail repose sur l'examen minutieux des sutures de 2,200 crânes de tous les pays. Ces recherches avaient un réel intérêt ; on sait en effet que Gratiolet, considérant que, toutes choses égales d'ailleurs, le développement de l'intelligence est proportionnel au volume du cerveau, avait admis que chez les races supérieures le développement des parties antérieures du cerveau devait l'emporter sur celui des lobes postérieurs, tandis que l'inverse se rencontrerait chez les races inférieures. Et en effet, cet auteur avait cru remarquer que chez les races supérieures la suture lambdoïde se fermait la première, arrêtant ainsi le développement des lobes postérieurs du cerveau, tandis que la suture coronale s'oblitérait la dernière, permettant aux zones antérieures du cerveau de se développer davantage. L'inverse existait pour les races inférieures et les individus des races supérieures les moins bien doués. Ces propositions avaient presque force de loi, malgré plusieurs recherches surtout celles de Sappey qui admettait que l'ossification débute par la sagittale au niveau des trous pariétaux pour s'étendre en avant et en arrière. M. Ribbe a étudié successivement tous les points particuliers de la question : oblitération des sutures à la table interne, à la table externe chez les diverses races d'Europe, chez les races étrangères ; état de complication des sutures surtout des sutures coronale, sagittale et lambdoïde; étude sur la suture métopique et son rôle au point de vue du développement cérébral antérieur, influence de l'indice céphalique de la capacité crânienne sur la marche de la synostose, etc.

De cette longue étude, d'une série de multiples tableaux de chiffres, l'auteur tire une série de conclusions dont voici les principales : à la table interne du crâne la synostose débute chez les Parisiens au niveau de l'obélion et de là se propage jusqu'à l'astérion et au sphénoïde. Dans les deux tiers des cas l'ordre d'oblitération des grandes sutures est le suivant: 1° Sagittale, 2° coronale, 3° lambdoïde. Chez les races inférieures, par exemple les Australiens et les Polynésiens, la synostose débute au niveau du vertex, parfois à la partie inférieure de la suture coronale, mais dans tous les cas jamais elle ne débute par la lambdoïde. La suture écailleuse et la mastoïdo-pariétale sont toujours les dernières ossifiées. — L'ossification apparaît à la table externe dans les races supérieures de 40 à 45 ans dans les cas moyens, tandis que dans les races inférieures les sutures commencent à se fermer de 25 à 28 ans en moyenne. La loi de Gratiolet est donc de tous points inexacte ; la marche de l'ossification des sutures varie en effet beaucoup non seulement suivant les races, mais suivant les variations surtout de l'indice céphalique, puis suivant l'état des complications, le sexe, la capacité crânienne (qui active la marche de l'ossification) et l'intelligence qui retarde cette marche.

Erratum. — A la fin du dernier compte rendu n° 50, p. 506; il y a eu une erreur de composition dans la liste des membres de la commission de publication, qu'il faut rétablir ainsi : MM. DUVAL, DUREAU et LAGNEAU.

L. CAPITAN.

REVUE D'HISTOIRE MÉDICALE

I. **La biologie aristotélique**; par G. POUCHET, professeur d'anatomie comparée au Muséum, in-8, P. Alcan, 1885.

I. Le livre de M. Pouchet peut compter parmi ceux qui se prêtent très difficilement à l'analyse. D'une part, l'œuvre est trop considérable pour qu'on puisse se contenter d'en faire une simple mention, même avec les plus grands éloges; d'autre part, n'étant elle-même qu'un résumé de l'œuvre d'Aristote, on risquerait fort de faire double emploi en la présentant sous le même jour au lecteur. Toutefois, l'auteur a su l'émailler de tant de réflexions philosophiques, de comparaisons si élevées avec les autres systèmes biologiques, que la critique n'y perd pas tout à fait ses droits.

Le travail de M. Pouchet est complet ; ils nous présente, sous un ensemble toujours séduisant, même dans ses détails, les opinions du chef de l'école péripatéticienne en ce qui touche les fonctions des êtres organisés. Après avoir rappelé quel était l'état de la science physiologique à l'époque reculée où vivait Aristote, d'après les débris malheureusement insuffisants des grands *physiologues* qui le précédèrent : Pythagore, Diogène d'Apollonie, Empédocle, Anaxagore, ou de son contemporain Démocrite, dont le système est si différent de celui du Stagirite, M. Pouchet analyse rapidement les divers traités aristotéliques. De même que pour les traités hippocratiques, ne nous trouvons-nous pas en présence d'une œuvre fractionnée, d'une encyclopédie dans laquelle les élèves eurent autant de part que le maître? Cette dernière opinion est fort plausible. Il ressort de cet exposé une sélection des travaux propres à mieux faire juger les auteurs et une méthode d'étude qui n'est pas à dédaigner lorsqu'on s'attaque à l'analyse d'un travail si considérable. M. Pouchet nous montre Aristote sous les traits d'un observateur dans la plus haute acception du mot, ne se bornant pas à enregistrer les faits naturels, mais les discutant, les classant, les comparant, en saisissant les liens qui les unissent avec une sagacité profonde; se mettant en rapport avec les bouchers, les éleveurs d'animaux, les pêcheurs, tous ceux en un mot qui sont des expérimentateurs naturels. Car les expériences de laboratoire sont presque inconnues à cette époque, et, en réalité, on ne peut guère dire qu'Aristote ait disséqué et encore moins qu'il ait pratiqué des vivisections comme plus tard Galien. Les temps sont encore loin de ces recherches délicates qui ont failli mettre le contemporain de Marc-Aurèle sur la voie des grandes découvertes de Colombo et d'Harvey. Son talent d'observateur n'en est que plus admirable.

La physiologie générale d'Aristote est d'autant plus intéressante à étudier, qu'elle a régné pendant de longs siècles et influencé fort péniblement la scholastique médicale par laquelle elle eut force de loi. Combien de temps le *Magister dixit*, dans lequel le philosophe de Stagyre était bon pour quelque chose, n'a-t-il pas empêché d'admettre la circulation sanguine et lymphatique, et autres découvertes *ejusdem farinæ*, comme disait Molière à ce propos? Le *strictum* et le *laxum*, sur lesquels on discutait encore il n'y a pas si longtemps, ne sont-ils pas les petits-fils dégénérés du *Chaud* et du *Froid*, du *Sec* et de l'*Humide?* Et toute la théorie des *Humeurs*, avec ses conséquences, ne dérive-t-elle pas des *Coctions?* Passe encore si les élèves n'avaient pas, pour le besoin de causes diverses, altéré l'opinion du maître païen en prêtant au terme ψυχή une signification qu'il ne lui avait jamais attribuée. « Il y a, dit-il, dans tout être vivant, trois choses : l'être lui-même, l'aliment qui le nourrit et la faculté en vertu de laquelle l'animal se forme de l'aliment; cette faculté est la première âme (ἡ πρώτη ψυχή). » Puisque celle-ci est la *première* âme, il y a donc plusieurs âmes ou *psychés* dans l'animal? et, dit M. Pouchet, on aurait tout avantage à reprendre cette simple transcription du mot grec.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé qu'il nous donne de la biologie aristotélique d'après les travaux et les idées du philosophe sur l'anatomie générale, les

fonctions du cœur, de l'encéphale des poumons, des viscères abdominaux; sur les mouvements, les sexes et leur origine, sur la tératologie, l'endiogène et la zoologie. Nul mieux que M. Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum, n'était à même de suivre dans leurs développements les opinions d'un homme qui étudie l'être vivant du haut en bas de l'échelle zoologique.

Et cependant, bien qu'il ait dû beaucoup lui en coûter, car lorsqu'on a tant étudié un homme — et un homme de cette valeur, — on a bien de la peine à ne pas épouser ses opinions, M. Pouchet n'est pas partisan de la doctrine d'Aristote. « Il peut exciter notre curiosité et notre admiration, dit-il, il n'est pas de nos maîtres: la science moderne ne procède pas de lui. Bayle a fait d'un mot le procès du péripatétisme, *qui accoutume l'esprit à acquiescer sans évidence.* » C'est qu'en effet cette philosophie n'est pas de celles qui enchaînent les vérités les unes aux autres en trame solide, de celles qui agrandissent peu à peu, mais sûrement, le domaine du vrai pouvant s'égarer pour un temps, mais retrouvant toujours le chemin droit. Aristote ne comptera avec la Scholastique, qui va presque faire un père de l'Eglise de cet Athénien condamné pour athéisme : « Ce n'est pas de lui que la Renaissance et l'esprit moderne recevront leur impulsion. » Et maintenant nous n'avons plus rien à ajouter à ce que nous avons dit de cet excellent livre, si ce n'est que le style y est toujours à la hauteur des idées que l'ouvrage renferme à profusion.

GILLES DE LA TOURETTE.

BIBLIOGRAPHIE

L. Edinger. Zehn Vorlesungen über den Bau der nervosen Centralorgane. — Leipzig, 1885, 120 figures, F.-T.-W. Vogel, éditeur.

S'il est un pays où les traités d'anatomie et d'histologie abondent, c'est à coup sûr l'Allemagne. Mais en revanche la longueur des détails nuit à l'intelligence de l'ensemble des systèmes, surtout quand il s'agit des *centres nerveux.* Cette observation, nous l'avons souvent entendu formuler par les étudiants et les jeunes médecins; obligés de se familiariser avec une série de connaissances dont on n'acquiert les principes qu'à force de persévérance, ils n'ont souvent pas le temps de se tenir au courant des indications multiples sorties des laboratoires de recherches des maîtres de tous pays. C'est pourquoi M. Edinger a conçu et rédigé les *dix leçons* à l'aide desquelles il est aisé de comprendre et de retenir la texture des centres nerveux, organe par organe, faisceau par faisceau. Le style, le mode d'exposition, le choix des schémas gravent les faits certains dans la mémoire. Les figures sont disposées de telle façon que chacune d'elles représente et la constitution de l'objet mis sous les yeux et la démonstration parlante de cette construction; en effet aux légendes l'auteur a substitué l'inscription en toutes lettres du nom qu'il porte sur l'organe ou sur le faisceau.

CH. FÉRE.

VARIA

Arrest du Parlement portant nomination d'administrateurs laïcs, et règlement pour l'administration du temporel de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Du 2 mai 1505

Sur ce qu'il est venu à la cognoissance de la Cour que en l'Hostel Dieu de Paris, a eu et a de present *mauvais ordre, tant en spirituel que temporel,* et mesmement en ce qui concerne les pauvres malades, que l'on dit n'y estre receus et traictez comme il appartient; combien que des piece ladite Cour eust commis aucuns des Présidents et Conseillers en icelle, sur le faict de la reformation et Gouvernement dudict Hostel Dieu: et sur ce donné plusieurs arrest et jugements, et enjoinct par plusieurs et diverses fois au Doyen et Chapitre de Paris de donner ordre et pourvoir au faict dudict Hostel Dieu, sur peine de privation de la supériorité et administration qu'ils en avoient; pour le faict de laquelle reformation, le Roy nostre sire eust le huictiesme janvier dernier passé, decerné ses lettres patentes addressantes à certains commissaires, afin de faire mettre à execution aucuns advis et délibérations des Proviseurs dudit Hostel-Dieu, commis tant par le Cardinal D. Amboise, Légat en France, que par les Doyen et Chapitre de Paris et depuis ait ledict Seigneur escrit à ladite Cour, laquelle auroit député et commis de nouvel aucuns des Présidens et Conseillers en icelle, pour parler et communiquer avec lesdits Proviseurs, et les Prévost des marchands et Eschevins de cette ville de Paris touchant le faict de ladite reformation, lesquels Proviseurs auroient baillé certain advis par escript, et entre autres choses touchant le Temporel d'icelluy Hostel Dieu, *à ce que lesdits Prévost des Marchands et Echevins nommassent et eslussent aucuns Bourgeois et Marchands de ladite ville pour estre commis à gouverner et administrer ledict Temporel, et y donner bonne ordre, et commettre un ou plusieurs Receveurs, pour recevoir le revenu dudit Hostel Dieu,* pour en rendre compte selon et ensuivant les Articles cy-après déclarez; lesquels Prévost des Marchands et Eschevins eussent nommez et esleus pour avoir ledict gouvernement et commission dudict temporel, les personnes dont les noms et surnoms s'ensuivent : C'est à savoir, Jean le Gendre, M[re] Hierosime de Marle, François Coussinot, Henry le Bègue, Estienne Huvé, Jean Baudin, Guillaume le Caron, Millet Lombard, bourgeois de Paris. Veu par ladite Cour lesdites lettres Patentes dudict Seigneur, autres Lettres Missives escrittes par lui, tant à ladite Cour que ausdits Commissaires par Elle dernièrement commis, et tout ce qui a esté mis devers icelle Cour par lesdits Vicaires et Commis, et ouy sus ce iceulx Vicaires et Commis, tant par ledict Légat que par lesdits du Chapitre de Paris, et tout considéré. LA COUR a commis et commet au régime et gouvernement dudit temporel d'icelluy Hostel Dieu et autres choses cy dessous déclarées les dessus dits Jean le Gendre, Maistre Hierosine de Marle, François Coussinot, Henry le Bègue, Estienne Hervé, Jean Baudin, Guillaume le Caron, Millet Lombard, pour par eux faire et accomplir les choses respectivement, contenues ez articles qui s'ensuivent.

Et premièrement, lesdits Bourgeois esleus et commis, commettrons bonnes et loyalles personnes, pour estre Receveurs et Procureurs, et recevoir tout le revenu et entremise dudict Hostel Dieu, ausquels lesdits Bourgeois commis pourvoiront de gages ou pensions raisonnables, ainsi qu'ils verront estre à faire; et lesquels Receveurs et Procureurs rendront compte de leurs receptes et mises chacun an, ausdits Bourgeois commis, present l'un des Présidents, ou un ou deux Conseillers du Roy en ladite Cour: y assistera aussi l'un des Chanoines de l'Eglise de Paris, qui a ce sera commis par lesdits Doyen et Chapître si bon leur semble.

Item. Pourvoiront lesdits Bourgeois commis à ce que tous les deniers qui ont accoutumez estre receus audict Hostel-Dieu, tant ez Corps des Religieux que des Religieuses, et mesmement Prieuse de la Chambre du linge, de l'Apoticairerie et autres semblables, soient tous receus et mis en une Bourse commune au lieu commun, ainsi que par lesdits Bourgeois commis sera advisé; pour les distribuer par eux ou leurs Commis, par leur Commandement et Ordonnance, et à leur discrétion, en distribuant toutefois et employant ce qui sera donné en aumosne ainsi et en la forme et manière que ceux qui seront lesdits dons et aulmosnes l'auront ordonné.

Item. En joint ladite Cour ausdits Doyen et Chapître de Paris, et autres qu'il appartiendra, *qu'ils mettent ez mains desdits Bourgeois commis tous les comptes, receptes, papiers, enseignemens et autres monumens touchant ledit Temporel* qu'ils ont dudit Hostel Dieu, afin que lesdits Bourgeois commis soient instruits et advisez pour mettre ordre à la recepte et autres choses qui concernent ledit Temporel dudit Hostel Dieu.

Item. Et touchant les comptes qu'on dit estre encore à rendre par Frère Jean le Fèbre, *depuis quatorze ou quinze ans,* ordonne icelle Cour que ledict le Febre rendra sesdits comptes ausdits Bourgeois Commis, présent l'un desdits Présidents, ou un Conseiller ou deux du Roy en icelle Cour, a laquelle reddition assistera l'un desdits chanoines qui sera commis par lesdits Doyen et Chapitre, si bon leur semble, comme dessus a esté ordonné des autres comptes.

Item. Touchant les Baulx des héritages dudit Hostel Dieu,

tant des Champs quo de la Ville, qui pourroient avoir esté faits autrement que à part, et aussi touchant les héritages qui ont esté baillés à vie ou à temps, qui sont ja peut estre expirez. ou expirent ou expireront d'oresnavant, lesdits Bourgeois commis y pourvoiront selon l'exigence des cas.

Item. Lesdits Bourgeois commis auront la charge de mettre ordre et provision touchant les questes des Pardons et Indulgences dudit Hostel Dieu, et feront recevoir les deniers desdites Questes comme des autres revenus dudict Hostel Dieu et dont ils ont la charge.

Item. Lesdits Bourgeois commis pourvoiront aux nourritures et habillemens des Religieux et Religieuses qui sont audict Hostel Dieu, tant de celles qui ent esté amenées de nouvel, que de celles qui y sont demourées et autres qui ont esté à temps translatées, ainsi que lesdits Bourgeois commis verront estre à faire ; et feront iceux Bourgeois commis diligence à eux possible. *afin que lesdits Religieux et Religieuses, selon leurs Charges et Offices, fassent ce à quoy elles sont tenues et principallement touchant les pauvres malades* et pouvoiront lesdits Bourgeois commis ausdits religieux et Religieuses d'habillemens et nourritures, des revenus et deniers dudit Hostel Dieu.

Item. Enjoinct et *commande* ladite Cour *ausdils Doyen et Chapitre de Paris, d'apporter et mettre ez mains desdits Bourgeois* commis, ou de leur Receveur ou Receveurs, qui à ce, par eux seront députez, *tous les deniers* que iceux Doyen et Chapitre, ou autre de par eux, ont pris et fait prendre ez trones dudict Hostel Dieu et des Pardons, questes et autres deniers appartenans à icelluy Hostel ; et de ce que iceux Doyen et Chapitre en ont employé, bailleront descharge ausdits Bourgeois commis, Feront diligence touchant la maison qui est assise entre ledict Hostel Dieu et l'Hostel Episcopal, pour l'appliquer audiet Hostel Dieu, afin de l'accroistre, pour subvenir à la multitude des pauvres qui y affluent.

Item. Lesdits Bourgeois commis feront faire promptement et le plustost que faire se pourra. inventaire de tous les biens d'icelluy Hostel Dieu, tant en argent monnoyé ou à monnoyer, vaisselle d'argent, estain, blez, vins, chevaux, bœufs, vaches et et autres choses et biens estant à présent audict Hostel Dieu, et ez maisons d'icelluy, à ce quo plus facilement iceux Bourgeois commis au temps à venir puissent dresser les comptes dudict Receveur, qui par eux sera commis.

Item. Que lesdits huit commis, ou sept, six, cinq ou *quatre à tout le moins* pourront vacquer en l'absence des autres, et de trois ans en trois ans seront muez quatro d'iceux huit, afin de supporter les uns et autres.

Item. S'il advenoit que aucun ou aucuns desdits huit commis décedast ou que autrement il fut legitimement empesché, ou quo quatre d'iceux fussent muez, *lesdits Prevost des Marchands et Eschevins en estiront d'autres* en leurs lieux, qui feront le serment comme les autres l'auront fait.

Item Que lesdits huit commis ensemble, s'ils sont en cette Ville de Paris, feront lesdits Baux, et Bailleront les quittances nécessaires ; mais s'ils ne sont tous huit en cetedite Ville, ou que tous n'y peussent vacquer ou feussent empeschez, quatre d'iceulx Commis du moins feront lesdicts Baux et quittances, selon qu'ils verront estre nécessaire pour le profit dudict Hostel Dieu, et ce qu'ils auront faict touchant lesdits Baux et quittances, le rapporteront aux autres qui n'auront este présens à la première assemblée, où iceux huit se trouveront.

Item. Ordonne ladite Cour que s'il advenoit qu'on pourveut au lieu d'aucuns desdits Commis aucuns autres, et que ceux qui ne s'entremettaient plus de ladite Commission eussent aucune chose advancée pour le faict dudict Hostel Dieu, ils seront remboursez de ce qu'ils auront advancé des deniers dudict Hostel Dieu.

Item. Que se touchant le faict et chargo do ladite commission, et les affaires du Temporel dudict Hostel Dieu, survenoit aucune difficulté, entre lesdits Doyen et Chapitre ou autres, et lesdits Bourgeois commis, iceux Bourgeois commis auront recours à ladite Cour, ou à ceux qu'elle commettra sur ce, pour se besoin est en faire rapport à ladite Cour, afin d'en ordonner par Elle Et seront lesdits Bourgeois, tant les d[illegible]uz nommez que autres que en aprés y seront commis, serment solennel en ladite Cour, de bien et loyalement exercer ladite Commission au profit et utilité dudict Hostel Dieu. Le tout des choses dessus dites par manière de Provision et jusques à ce que par ladite Cour et Justice autrement en soit ordonné.

Item. Sera enjoinct aux Religieux et Religieuses dudict Hostel Dieu, qu'ils vivent selon leurs Statuts et ont esté mandez lesdits, le Gendre, de Marle, Coussinot, le Bègue, Huvé, le Caron et Lombart, lesquels ont fait le serment de bien et loyalement administrer ledict temporel, et y faire ce que bons Administrateurs doibvent faire. Le tout selon et suivant les Articles dessus dicts, dont leur sera baillé le double. Signé par le Greffier de ladite Cour. Faict en Parlement le deuxiesme jour de may mil cinq cens cinq. Signé : DU TILLET.

Collationné à l'original par moi Conseiller Secrétaire du Roy, Maison Couronne de France et de ses Finances.

Une note de chirurgien en 1728.

Nous offrons ci-dessous, aux lecteurs du *Progrès médical*, un moyen simple et facile de traiter la fluxion de poitrine :

Mémoire pour la maladie de Parisien fils, domestique à Monsieur le marquis de Lyonne (1).

Le 22 avril jay comencé à le veoir et visiter ayant fiebre continue, retention d'urine et grande tention de tout le bas ventre difficulté de respirer qui a été suivie d'une fluxion de poitrine. douleur et crachement de sang.

Livres.	Sols.	Avril 1728.	Livres.	Sols.
1		Ledit jour, 2 saignées . . .	1	10
»	10	Un lavement de graine de lin, plantes émolientes, cristal minéral et miel Violat. . .	»	15
1	»	Ledit jour, pinte d'émulsions amandees et nittrées au sirop Violat	»	40
1	»	Le 23, deux lavements émoliens et comme dessus	1	10
2	»	Ledit jour : 2 pintes du matin au soir d'émulsions côme ci-dessus	4	»
2	»	Du 24, deux pintes d'émulsions côme dessus et réitéré sa saignée.	4	15
1	»	Deux lavements côme dessus .	1	10
1	5	Et le soir potion anodine composée à cause d'une violente douleur de teste et insomnie, cy	1	10
»	10	Le 25, resaigné.		15
1	»	Ledit jour, chopine d'apozemes bechque clarifié, avec les sirops de coquelico. . . .	1	10
11	5		19	15
1	10	Ledit jour 25, un lavement le soir et pinte	»	4
		d'émulsions comme dessus .	»	40
2	10	Le 26, medecine de casse et mane avec sel végétal en petit laict.	2	10
»	10	Ce jour le soir un lavement .	»	15
»	15	Et une prise d'opiat anodin et cordial	1	5
2	10	Le 28, médecine manne et rhubarbe	2	10
»	10	Pinte de tizane pectorale. . .	»	10
»	15	Et le soir autre pinte d'opiat anodin et cordial	1	»
»	10	Le 29, un lavement.	»	15
1	3	Le 30, trois prises d'opiat cordial et febrifuge	1	10
»	10	Pinte de tisanne pectorale. . .	»	10
»	10	Et un lavement.	»	15
»	15	Du 1er may, deux prises d'opiat febribuge avec kina et sirop Rose	1	»
1	»	Ledit jour, deux bouteilles de tisane pectorale	1	»
	10	Un lavement.	»	15
		Et deux prises d'opiat febrifuge.	1	»
25	15		38	15

1. Arch. de l'Assistance publique (Legs de Lyonne).

De l'autre part :

Livres.	Sols.		Livres.	Sols.
25	15		38	15
»	15	Le 2 may réitéré les deux prises fébrifuges.	1	»
»	15	Le 3 may, pareilles prises . .	1	»
»	10	Et une bouteille de tisane . .	»	10
1	5	Le 4 may, deux bouteilles de pareille tisane et un lavement	1	15
2	10	Le 5 may, médecine de manne et rhubarbe	2	10
»	10	Le 6 may, un lavement . . .	»	15
»	15	Le 7 may, une prise d'opiat cordial et astringent à cause d'un petit crachement de sang	1	»
»	15	Le 8 may, pareil opiat . . .	1	»
4	»	Quatre onces de pareil opiat en un pot de fayance	6	»
37	10	TOTAL JUSTE .	54	5

J'ai reçu de Monsieur de Belcouche la somme de trente-sept livres dix sols contenue cy dessus, dont quittance à Paris, ce 4 aoust 1728. GAULTIER.

On ne dit pas si à la suite d'une pareille médication, le malade mourut. C'est probable. Toutefois sa mort ne coûta pas trop cher au marquis de Lyonne, car, à cette époque, il n'était pas seulement d'accommodements avec le ciel, il en était aussi avec les chirurgiens. La note de maître Gaultier, s'élevant d'après lui à 54 livres 5 sols est impitoyablement réduite, comme un mémoire d'entrepreneur à 37 livres 10 sols que le sieur chirurgien empoche sans mot dire. Il faut ajouter, au reste, que telle était la coutume aux siècles précédents. Toutes les notes indistinctement, même celles de médecins, de chirurgiens et d'apothicaires étaient soumises au tarif. ALBIN ROUSSELET.

NOUVELLES

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Questions données pour la leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation. Seconde épreuve : Kystes hydatiques du foie; Cancer de l'utérus; Hypertrophie splénique; Varioles graves; Roséoles; Hémianesthésie; Monoplégie brachiale; Maladie de Basedow; Complications thoraciques de la fièvre typhoïde.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX. — Nouvelles questions données à l'épreuve orale : *Artère pulmonaire, symptômes de la pneumonie franche ; — Configuration extérieure et rapports du cœcum; symptômes et marche de la fièvre typhoïde régulière. Canal thoracique, diagnostic des différentes positions de la présentation du sommet pendant le travail de la grossesse.*

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Suite des questions données : *De l'ascite, Fièvre typhoïde, Scarlatine, Epistaxis et tamponnement des fosses nasales, Péritonite aiguë, Entorse tibio-tarsienne, Fracture de l'extrémité inférieure du radius. Fractures de la clavicule.* — Le concours est terminé.

ACCOUCHEURS DES HOPITAUX. — M. le Dr Maygrier passe de Tenon à la Pitié; les salles d'accouchement dépendant autrefois du service de M. le Dr Audhoui, forment désormais un service spécial.

ECOLE LAIQUE D'INFIRMIERS DE MUSTAPHA. — Les cours ont repris le 1er décembre.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Par arrêté du 24 décembre 1885, le concours qui devait s'ouvrir le 3 février 1886 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant de chaire d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine et pharmacie d'Alger est reporté au 15 mars 1886.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Nous sommes heureux d'apprendre que notre collaborateur et ami M. le Dr P. MARIE, a été nommé chef de laboratoire adjoint de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le bureau pour 1886 est ainsi constitué : *Président* : M. Gillebert d'Hercourt, père; *Vice-Président* : M. Fraigniaud; *Secrétaire-général* : M. Thorens et par intérim, M. Christian; *Secrétaires annuels* : MM. Dehenne et Pellier; *Trésorier* : M. Perrin; *Archiviste* : M. Rougon; *Conseil d'administration* : MM. de Beauvais et Le Blond; *Comité de publication* : MM. Christian, Delgny, Dehenne et Pellier.

Prix Duparque. — Dans sa séance du 12 décembre 1885, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Le Blond, a décerné le prix Duparque, pour 1885, à M. Dalché, interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : *De l'Ovarite.* Le prix était de 1,200 fr., plus une médaille d'or de 100 francs.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1886, est composé comme il suit : président : M. le Dr Blanche ; vice-présidents : MM. Horteloup, magistrat et le Dr Polaillon ; secrétaire général : M. le Dr Gallard ; secrétaires des séances : MM. le Dr Le Blond, le Dr Socquet; archiviste : M. Joseph Lefort, avocat, docteur en droit ; trésorier : M. Mayet, pharmacien. — *Membres de la commission permanente* chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés, adressées à la Société. MM. Blanche, président; Gallard, secrétaire général; Boudet, avocat; le Dr Brouardel, le Dr Foville, le Dr Laugier, le Dr Lutaud, le Dr Pinard, le Dr Polaillon, Rocher avocat, le Dr Vibert, Yvon, pharmacien. — *Membres du Conseil de famille.* — MM. Blanche, président; Horteloup et Polaillon, vice-présidents; Chaudé, avocat; Benoist, magistrat, Boudet, avocat, Dr Falret, Dr Motet. — *Membres du comité de publication.* — MM. Gallard, secrétaire général; Le Blond, Jules Lefort, Meignien, Ponchet, Socquet. Dans la même séance, la Société a nommé membres honoraires : MM. les Drs Penard et Worms. — La Société tient ses séances, le 2e lundi de chaque mois, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. Les séances sont publiques. Six places de membres correspondants nationaux sont déclarés vacantes; les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes sans retard au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique vient de procéder à la réélection de son bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1886 :

Président : M. Semelaigne ; vice-président : M. Magnan ; secrétaire général : M. Ritti ; secrétaires annuels : MM. Charpentier et Ritti. — Commission du prix Aubanel : MM. Falret, Magnan, Christian, Legrand du Saulle et Charpentier, rapporteur. — Commission du prix Esquirol : MM. Baillarger, Foville, Blanche, Métivier et Briand, rapporteur. — Commission du prix Belhomme : MM. Delasiauve, Motet, Legrand du Saulle, Féré et Ballet, rapporteur. — Commission du prix Moreau (de Tours) : MM. Moreau, de Tours ; Cottard, Bouchereau, Jules Voisin et Briand.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr PARISE, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille, officier de la Légion d'honneur. — M. TULAGUE, membre de la section botanique à l'Académie des sciences (Hyères). — Le Dr BENIGNO-VILLAFRANCA, membre de la Société d'hydrologie de Madrid. — Le Dr ROTH (de Paris). — Le Dr VIGNARD (de Fleury). — M. le Dr P. HASTING, professeur de zoologie à l'Université d'Utrecht. — M. le Dr ROLOFF, directeur de l'Ecole vétérinaire de Berlin.

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1885 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 JANVIER 1886

Le Progrès Médical

OPHTHALMOLOGIE

—

Du maniement des instruments en chirurgie oculaire ;

Par le Dr LANDOLT.

Conférence d'ouverture (1er décembre 1885) du cours de chirurgie oculaire fait à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine (1).

Les instruments à manche se composent généralement de trois parties : du *manche*, qui en représente, pour ainsi dire, la partie passive, de la *lame* (pointe ou crochet), en un mot de la partie active, et du *talon* qui relie la première à la seconde.

J'ai développé ailleurs (2) les principes de la confection parfaite des instruments de la chirurgie oculaire. Nous n'y reviendrons ici que pour rappeler que les trois parties mentionnées doivent avoir des dimensions proportionnées à la destination de l'instrument. Alors le pouce et l'index étant appliqués à deux côtés opposés du manche, l'extrémité du médius doit arriver exactement à la base du talon. Elle ne s'y appliquera en entier que pour les lames où ce dernier est très long.

C'est ainsi qu'on gagnera pour l'extrémité active de l'instrument la plus grande liberté d'action, sans rien ôter à la sûreté de son maniement. On comprend, en effet, que, si les mouvements de l'instrument sont d'autant plus étendus et plus variés que la pointe est plus éloignée des doigts, la sûreté de son action sera d'autant plus grande que les doigts se trouveront plus rapprochés d'elle.

Nous nous souviendrons de ce fait, surtout à propos du maniement des *ciseaux*.

Pour nous servir de ces derniers, nous passons le pouce dans l'un des anneaux, l'annulaire dans l'autre, mais pas jusqu'à l'articulation de la dernière phalange. Une partie seulement de celle-ci s'y engage très légèrement, à peu près comme le pied dans l'étrier, s'il m'est permis de me servir de cette comparaison, qui m'a toujours semblé rendre assez bien le contact léger, et cependant constant, qui doit exister entre les anneaux des ciseaux et les doigts.

La pulpe du médius s'appuie, à la limite de son tiers antérieur, sur l'anneau et le côté de la branche correspondante des ciseaux. L'indicateur, légèrement recourbé, doit s'appliquer sur la croisée des ciseaux, un peu en deçà d'elle. C'est ainsi que l'on conduit ces instruments facilement dans toutes les directions voulues. Mais il faut pour cela que la main soit bien indépendante du bras comme nous l'avons expliqué tout à l'heure. Aucun instrument, sinon parfois la pince à iridectomie, n'exige plus péremptoirement que les ciseaux l'arrondissement et l'élévation du coude.

Il y a une exception cependant. C'est la *pince-ciseaux* de Wecker. Cet instrument, si utile en ophthalmologie, nécessite un maniement tout différent des ciseaux ordinaires. Il n'a ni anneaux ni branches croisées. Il ressemble à une pince, comme l'indique son nom, et doit être maintenu comme tel.

La pince-ciseaux forme, en effet, la transition entre les ciseaux et les *pinces*. Le maniement de ces derniers est tout ce qu'il y a de plus simple. Vous vous étonnerez d'autant plus de rencontrer encore trop souvent des opérateurs qui ne se servent pas de ces petits instruments suivant les règles de l'art. Toute pince doit être tenue par les pulpes de trois doigts seulement. Celle du pouce se trouvera au milieu de la partie taillée en lime d'un côté, celle de l'index sur la moitié supérieure, celle du médius, sur la moitié inférieure de la partie rayée du côté opposé. Mais l'extrémité supérieure de la pince ne doit jamais s'appuyer sur les phalanges de l'index et encore moins rentrer dans la main. En maintenant la pince comme nous l'avons dit, on possède toute la force nécessaire et l'on peut imprimer à ses mors tout mouvement voulu. Cette règle est surtout précieuse pour la pince à iridectomie, qu'un bon opérateur fait avancer, reculer, monter, descendre, tourner uniquement avec la pulpe de ses doigts; car elle peut être appelée à s'emparer de tissus bien plus difficiles à saisir qu'un iris prolabé.

Ce sont là, Messieurs, les règles générales qui nous guideront dans le maniement des instruments. Vous en saisirez l'importance mieux encore dans le cours de nos expériences pratiques. Celles-ci nous donneront aussi l'occasion d'en développer les détails, d'en signaler les exceptions.

En suivant nos règles, il devrait être possible d'exécuter toute opération oculaire sans prendre le moindre appui sur la tête du malade. Ce serait là le dernier mot de l'élégance. Certains instruments, comme les ciseaux, comportent d'ailleurs cette position. Dans nos exercices sur le cadavre, nous l'étendrons également à tous les autres, afin d'acquérir le plus de légèreté, d'indépendance et de sûreté dans les mouvements de nos doigts. Mais dans la réalité, il n'est pas seulement permis, mais même recommandable d'appliquer au moins l'extrémité du petit doigt sur une partie voisine de l'œil à opérer. On se met ainsi en contact direct avec le malade. Cela est nécessaire non pour rendre la main plus sûre, mais pour pouvoir suivre facilement, avec l'instrument, les mouvements que le patient exécute avec la tête. Un doigt bien exercé nous renseignera même sur toute la disposition du malade; s'il tremble, s'il contracte ses muscles, ou s'il s'abandonne à l'opérateur. Il nous avertira surtout à temps, des mouvements brusques qui nécessitent un prompt éloignement de l'instrument, pour ne pas amener une collision fâcheuse avec l'œil.

Mais pour bien remplir ce but, la main de l'opérateur ne doit pas presser sur la tête du patient, et, je le répète en y insistant, si le petit doigt est appliqué, ce n'est que pour établir la communication entre nous et le malade. Celui qui aurait besoin d'un soutien pour opérer, ferait mieux de ne pas se mêler de chirurgie oculaire où une main à la fois sûre et légère est de rigueur.

Qu'on ne vienne pas nous dire qu'on a vu trembler

(1) Voir *Progrès médical*, n° 1, 1886.

(2) Landolt. « *Une boîte d'instruments* » (Arch. d'opht., Juillet-octobre 1883).

de grands opérateurs. C'étaient peut-être des oculistes de grand mérite, mais certainement pas de parfaits opérateurs. Ou, s'ils l'ont été autrefois, ils ont perdu cette qualité avec l'âge.

Le *grand âge*, en effet, rend impropre au maniement des armes grandes et petites ; il enlève au corps les qualités les plus essentielles à l'opérateur. Le tremblement d'une main sénile qui a rendu jadis la vue à des milliers de malheureux, n'est d'ailleurs pas seulement respectable, mais beaucoup moins dangereux que celui d'un homme encore jeune qui ne sait maîtriser sa main.

Je n'ai rien vu de plus touchant qu'un de nos grands maîtres en ophthalmologie, opérateur glorieux, vieilli dans son noble ministère, mais cependant toujours infatigable à l'œuvre. Lorsque ses doigts, moins jeunes que son esprit toujours vert, semblaient manquer de leur ancienne sûreté, tout de suite une jeune main d'assistant venait discrètement se poser à l'endroit voulu pour servir d'appui au vieux maître. Et je vous garantis que celui-ci ne manquait pas son but d'un demi-millimètre et obtenait des résultats qui auraient fait honneur au plus fort. C'est que, ayant toujours été habile, sa main savait même lutter contre sa propre infirmité et saisir le moment propice au milieu de beaucoup de mouvements impropres.

Mais le tremblement peut avoir bien d'autres causes que la sénilité. Très souvent il est d'origine *nerveuse*. Un certain malaise, une inquiétude, que sais-je semble s'emparer de ces chirurgiens, aussitot qu'ils sont appelés à opérer sur leur prochain, fût-il endormi ou même mort. Dans le premier cas, une imagination inquiète leur peint, avec des couleurs trop vives, tous les dangers qui peuvent se présenter pendant et après l'opération. Ils n'ont pas cette heureuse disposition de caractère d'un de nos chirurgiens célèbres qui, jeune et inconnu encore, fut appelé à opérer un grand personnage. L'opération terminée, celui-ci lui dit, avec un air de condescendance : — Vous avez été bien courageux, docteur, d'avoir osé m'opérer ainsi sans trembler ! » — « Oh ! ce n'était pas à moi de trembler ! » répondit tranquillement le jeune opérateur manifestant ainsi une des plus grandes qualités du chirurgien : le calme et l'assurance. Aussi, est-il devenu rapidement une des gloires de la chirurgie française.

Parfois c'est moins l'interet du malade, que l'*ambition*, la crainte de soulever les critiques de l'entourage, qui enlève au chirurgien la sureté nécessaire. Le malheureux se trouve alors dans un cercle vicieux ; plus il craint de ne pas briller, plus il tremble et plus il hésite.

Que des *poisons*, comme le tabac, l'alcool et autres, puissent influencer de la façon la plus facheuse la main de l'opérateur, personne ne le contestera. Aussi la sobriété est-elle plus indispensable à l'oculiste que le calcul intégral.

Mais souvent l'incertitude de la main tient tout bonnement à la *faiblesse du bras*. Si ce dernier n'a pas la force de se tenir pendant quelque temps immobile dans une position souvent incommode, il commence à trembler et ses mouvements, à peine perceptibles à l'épaule, augmentent de la façon la plus fâcheuse jusqu'à l'extrémité des doigts. Voilà pourquoi on a grand tort d'accuser l'exercice corporel : la gymnastique, la chasse, l'équitation, l'escrime, etc., de pouvoir devenir préjudiciables à l'opérateur. C'est juste le contraire qui est vrai : à moins de pousser la chose à l'extreme, de se faire lutteur de profession ou d'entreprendre une opération de cataracte en guise de quatrième assaut. Soyez bien convaincus, Messieurs, que tout ce qui contribue à fortifier la santé physique et morale, tout ce qui rend plus vigoureux le bras et augmente le courage ne peut que profiter au chirurgien.

En effet, en dehors des qualités que nous venons de réclamer pour lui, il y en a une qui lui est plus indispensable encore, qui est la plus importante de toutes : c'est la *confiance en lui-même*. Sans elle, pas de sûreté, pas d'élégance, pas de succès. Et cette confiance, elle naît de la connaissance approfondie de la tâche qu'on se propose, de l'habitude du maniement des instruments acquise par l'expérience, de ce sentiment viril qui est le privilège de la santé et des mâles exercices.

Sur ce, mettons-nous à l'œuvre, parlons peu, observons et travaillons bien, afin de réaliser les principes que je n'ai pu qu'exposer brièvement et d'une façon générale.

Nos conférences seront consacrées essentiellement à l'exercice pratique des opérations oculaires sur le cadavre, sur des yeux introduits dans le masque et sur des animaux vivants. La théorie ne comprendra que l'exposé succint de l'opération que nous nous proposons de faire et, si vous le voulez bien, la critique de ce que nous aurons fait.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hernie interstitielle étranglée chez l'adulte. Difficulté de diagnostic entre la hernie inguinale interstitielle et la hernie crurale. — Kélotomie. Guérison.

Par G. PHOCAS, interne des hopitaux, Aide d'anatomie de la Faculté.

Le nommé X... entre dans le service de M. Tillaux, suppléé par M. Bouillée, le 5 septembre 1885. Cet homme portait depuis trois ans, dit-il, une hernie qu'il n'a jamais maintenue. Cette hernie sortait et rentrait facilement. Hier, à onze heures du soir il fut pris brusquement de fortes douleurs dans le ventre. Il tomba inanimé dans la rue. Ramassé par les passants, il fut conduit à l'hôpital, où il fut admis d'urgence. Vu la précocite des accidents, l'interne de garde, qui reconnut cependant un étranglement, se contenta de faire quelques légères tentatives de réduction qui échouerent. Il préfera attendre jusqu'au lendemain pour intervenir plus efficacement.

A la visite du matin, nous trouvons le malade dans l'état suivant : Il crie et se débat à cause des douleurs qu'il éprouve dans le ventre et qu'il ne localise pas d'une manière précise. Il reclame un lavement pour le debarrasser des matieres, dit-il. Son intelligence est restée intacte. Interrogé, il nous raconte son accident, le debut brusque de son affection, et il affirme que depuis quinze heures il n'a pas rendu de gaz par l'anus et qu'il n'a pas eté à la selle. Il a vomi un peu la nuit. Les vommissements sont verdatres et bilieux. Le faciès n'est pas alteré et sauf l'etat de souffrance et d'impatience dans lequel il se trouve, on n'a pas à noter les traits caractéristiques du *choléra herniaire*. Le ventre est moderément balloné, le pouls bat à 110 pulsations, assez fortement. Il n'y a pas de fievre (37°,2). Au niveau du pli de l'aine, on trouve une tumeur grosse comme une petite poire, dont elle affecte aussi la forme. Cette tumeur est obliquement dirigée en bas et en dedans. Les bourses sont vides d'éléments etrangers. Elles contiennent les testicules, bien developpés de deux côtes. L'orifice interne ou cutané du trajet inguinal n'est pas facile à trouver. Il nous a semblé cependant qu'une fois nous avons pu mettre le doigt sur cet orifice en déprimant les bourses, et que nous y avons senti l'extrémite inférieure de la tumeur

avec une forme arrondie. La peau a conservé ses attributs normaux. Elle glisse facilement sur la tumeur. La consistance de cette tumeur est dure au premier abord. En examinant plus attentivement, on sent qu'il y a une couche de liquide, mais, en somme, la tension de la tumeur est très grande. La palpation est très douloureuse. Le maximum de douleur correspond au niveau de l'extrémité supérieure de la tumeur. On ne sent pas de corde épiploïque. Une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis laisse au-dessous d'elle la plus grande partie de la tumeur. La toux et les efforts ne modifient pas sa consistance.

Nul doute qu'il s'agisse d'une hernie, que cette hernie est étranglée. Sa consistance dure, les douleurs réveillées par sa palpation, l'absence de gaz et de matières nous font croire aussi que la constriction doit être assez serrée, malgré l'absence de phénomènes généraux graves. Nous concluons à l'existence d'une entérocèle étranglée, et une intervention urgente nous paraît imminente.

M. le Dr Bouilly fut immédiatement mandé. Notre maître examina le malade et confirma notre diagnostic. Un point de diagnostic de première importance restait cependant douteux; s'agissait-il d'une hernie inguinale ou d'une hernie crurale?

Cette hernie n'avait de l'inguinale que la direction, mais elle était située plus bas que les hernies inguinales, et sa forme hémisphérique elle-même lui donnait un aspect de hernie crurale remontée. Et cet étranglement serré tout récent, non accompagné de phénomènes généraux graves ne semblait-il pas plaider en faveur de la hernie crurale? La ressemblance était si frappante, que si c'était chez une femme qu'on observait, le doute n'eût pas été permis. On a cependant songé à la hernie péritonéo-vaginale et on hésita entre cette dernière et la hernie crurale.

C'est dans cet ordre d'idées que l'opération fut commencée. Un point était acquis. La hernie était récente, elle était donc irréductible, tendue et douloureuse. Elle réclamait une opération immédiate. L'opération fut exécutée par M. Phocas, sous la surveillance de M. Bouilly.

Opération. — Une incision à la peau fut conduite dans l'étendue de 10 centimètres environ, perpendiculairement à la direction du pli de l'aine. Le tissu cellulo-graisseux, assez abondant, fut divisé; deux artérioles y furent pincées. On arriva ainsi sur trois ou quatre feuillets cellulaires lâches. Les deux premiers furent coupés au bistouri, les deux autres, déchirés à l'aide de la sonde cannelée; rapidement, on arriva sur la surface externe du sac. Ce sac était tendu: il tranchait par sa couleur gris pâle, par sa consistance ferme, par sa tension et sa forme sur les parties précédemment divisées. Avec la pince à griffes, on le souleva légèrement, et une petite incision au bistouri permit l'écoulement d'une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent. La sonde cannelée fut introduite par l'ouverture; c'est sur elle que le sac fut fendu d'un bout à l'autre. Des pinces hémostatiques ont été placées pour soulever de chaque côté les parois divisées du sac. Un coup d'éponge permit alors de découvrir l'anse intestinale étranglée. Elle n'était pas méconnaissable. Loin de l'orifice externe du canal inguinal et dans une direction perpendiculaire aux parois abdominales, le doigt est arrivé sur l'*agent de l'étranglement*. Il était situé à 7 ou 8 centimètres loin de la peau: il était constitué par un diaphragme complet et tranchant, dont la vive arrête retenait l'intestin étranglé. Un bistouri de Cooper fut porté sur l'index et débrida à deux reprises différentes ce diaphragme en dedans et en haut. Des craquements perçus à distance ont témoigné du débridement. Le bistouri fut retiré; on s'occupa à ramener au dehors l'anse, à l'examiner avec attention. On put alors constater que cette anse était longue de 8 centimètres, qu'elle était violacée, noirâtre, sans trace de péritonite, tendue. Quand on a voulu la tirer au dehors, on constata l'existence d'un sillon profond de quelques millimètres situé au niveau de l'agent de l'étranglement plus prononcé du côté de la moitié interne de l'anse étranglée. A mesure qu'on exerçait de légères tractions pour attirer l'intestin, on sentait manifestement sous le doigt le péritoine se déchirer. Ce sillon était formé par une véritable déchirure de la séreuse. On n'insista pas davantage. L'intestin, quoique violacé, était chaud et tendu. On le rentra facilement. La plaie aspergée à l'eau phéniquée faible, on s'occupa du sort qu'on allait faire au sac. C'est alors qu'il fut facile de constater qu'en dehors le sac était longé par un petit paquet de vaisseaux flexueux, comme de veines variqueuses appartenant au cordon; ce faisceau se dirigeait en bas et en dedans. Ce paquet fut déjà aperçu au moment des premières incisions, mais il fut alors soigneusement écarté du champ opératoire. En le tâtant, à présent, il était facile de reconnaître qu'il contenait, avec des veines, le canal déférent. La sensation bien connue du canal était on ne peut plus manifeste au doigt. Dès lors, une certaine portion du sac, celle qui n'attenait pas au cordon, fut excisée; le reste fut laissé en place: on ne pratiqua pas, en un mot, la cure radicale. Au contraire, étant données les lésions dont l'intestin était le siège, on plaça un tube à drainage dont l'œil supérieur venait effleurer l'orifice du péritoine et dont l'extrémité inférieure venait ressortir au point le plus déclive de l'incision cutanée. C'était là une précaution utile à prendre dans pareilles circonstances. Si l'intestin, plus malade qu'on ne le pensait, venait à se rompre, une fistule stercorale eût été établie tout naturellement. Heureusement, il n'en fut rien. La plaie fut réunie à l'aide de dix points de suture superficiels au fil d'argent. Pas de sutures profondes. Pansement: gaze iodoformée, gaze mouillée de Lister chiffonnée, éponge pour comprimer, sachet de cellulose au sublimé. Diète pendant cinq jours (bouillon). L'opéré a bien dormi la première nuit et rendit quelques gaz par l'anus. Le surlendemain, on changea le pansement, qui était taché. Le tube fut raccourci. Le cinquième jour révolu, on enleva les sutures et le tube. La plaie était réunie par première intention. Le malade fut purgé, et on lui permit de manger peu à peu. Jamais la température axillaire ne dépassa 37°,5.

Réflexions. — Ce cas que nous venons de relater, peut-être un peu longuement, appartient à la hernie inguinale interstitielle. On sait qu'avec les auteurs qui ont étudié cette hernie, et M. Tillaux en particulier, on la considérait comme une hernie congénitale. M. Duret, dans sa thèse (*Des variétés rares de la hernie inguinale* 1883) donne l'état de la science et relate les travaux faits à propos de cette hernie. Cet auteur ne met aucunement en doute la congénalité de la hernie interstitielle. Il fait reposer cette théorie sur deux circonstances: l'*ectopie testiculaire* d'une part, l'étroitesse congénitale de l'anneau du grand oblique. Il considère surtout l'ectopie testiculaire comme absolument nécessaire à la production de la hernie et met en doute les observations de Goyrand, où le testicule était à sa place. «Ce sont, dit-il, des hernies communes qui n'ont pas encore accompli leur évolution.» Dans notre observation, le testicule était à sa place, et l'étroitesse de l'anneau du grand oblique n'a pu être indubitablement constaté. Il semblerait donc que nous ne nous sommes pas trouvés en présence d'une hernie inguinale.

La question des hernies inguinales congénitales a pris dans ces derniers temps un nouvel essor et son champ s'est considérablement agrandi grâce aux travaux contemporains de M. le professeur Trélat et de notre ami Ramonède.

Ramonède, dans une thèse sur le canal péritonéo-vaginal (1883), donna les caractères à l'aide desquels il est possible de reconnaître un sac congénital. Parmi ces caractères, la constitution de ceux des collets qui occupe l'orifice interne du trajet inguinal, a, selon cet auteur, une importance considérable: «lorsque le collet d'un sac herniaire est pourvu d'un diaphragme nettement caractérisé, ce sac est d'origine fœtale.» Le diaphragme me semble être un caractère certain univoque affirmant une hernie péritonéo-vaginale.» Ce diaphragme, nous l'avons trouvé dans notre hernie; c'est sur lui qu'il nous a fallu débrider pour réduire l'intestin étranglé. D'après ce premier caractère, la hernie était donc congénitale. Les autres caractères donnés par Ramonède ne manquent pas pour caractériser notre

hernie : « Ampliation de la portion du sac contenue dans le canal inguinal, » conservation de l'obliquité du trajet inguinal, « situation très profonde de l'agent d'étranglement. » Toutes ces circonstances plaident en faveur de la congénalité de la hernie. — Un autre caractère vient s'y ajouter. Je veux parler du groupement que les éléments du cordon ont conservé entre eux et de l'adhérence du canal déférent au sac herniaire. L'adhérence du canal est telle, qu'il faut ici, avec M. Bouilly, proscrire absolument la pratique de l'excision du sac, dite « cure radicale, » que le bon état du testicule devait, du reste, éloigner, dans la crainte de couper le canal déférent.

De ces considérations rapides, il résulte clairement que nous avons été en présence d'une hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte, que la congénialité de la hernie ne peut être mise en doute, malgré l'absence d'altérations du testicule du même côté, et la situation normale de la glande au fond des bourses. Plus on étudie les hernies inguinales, plus on arrive à cette conclusion : que la plupart des hernies inguinales étranglées chez l'adulte sont des hernies congénitales. Un autre point sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est cette difficulté de diagnostic que peut offrir une hernie interstitielle inguinale étranglée. La principale difficulté consiste à ne pas la confondre avec une hernie crurale.

On aura assisté, par la lecture de notre observation, aux doutes qu'une pareille question peut soulever, même dans l'esprit d'un chirurgien expérimenté. On aura vu en même temps que les signes classiques que les auteurs donnent pour éviter l'erreur, ne sont pas très efficaces pour lever les doutes. Parmi ces signes ou caractères différentiels entre la hernie interstitielle et la hernie crurale, les uns ne sont applicables qu'aux hernies réductibles et ne peuvent être d'aucune utilité si la hernie est irréductible, comme dans notre observation ; les autres sont applicables aussi bien aux hernies réductibles qu'à celles qui sont étranglées. Ces dernières peuvent se trouver en défaut.

En effet, nous lisons dans Duplay : « Après avoir tiré une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis, si la plus grande partie de la tumeur se trouve au-dessus de cette ligne, on a affaire à une hernie inguinale : si elle est située au-dessous de cette ligne, elle est crurale. » Nous avons fait cette exploration ; elle nous conduisait juste à une erreur de diagnostic. Nous avons encore cherché le pédicule de la hernie, comme il est conseillé par les auteurs, et nous aurions voulu déterminer sa situation par rapport à la même ligne. Ce pédicule, il est vrai, nous ne l'avons pas trouvé. Cependant, si on avait pu le sentir, on l'eût trouvé dans une direction perpendiculaire aux parois abdominales, ce qui nous aurait infailliblement conduit à un diagnostic erroné. Si notre hernie se dirigeait en arrière et en haut, son véritable pédicule n'était pas situé à son extrémité supérieure et externe, mais profondément et en arrière de la tumeur, comme dans une hernie crurale.

Nous ne dirons rien des signes qui, pour être constatés, nécessitent la réduction préable de la hernie, telle est la sensation au côté externe du sac des grosses pulsations artérielles, la réduction de la hernie et l'introduction du doigt dans le canal inguinal. Ces signes sont, nous le répétons, d'une valeur nulle quand la hernie est irréductible. Et, comme pour compliquer la situation et rendre le diagnostic impossible, l'introduction du doigt dans l'anneau du grand oblique peut être difficile à cause de l'étroitesse congénitale de cet anneau, disposition qui est loin d'être rare dans ce genre de hernies. On a vu dans notre observation que cette exploration a présenté des difficultés réelles. Nous croyons donc devoir insister tout particulièrement sur les difficultés de diagnostic que peuvent présenter ces hernies péritonéo-vaginales étranglées chez l'adulte. Nous ajouterons que les signes connus ne sont pas suffisants pour éviter l'erreur qui consisterait à prendre une hernie inguinale pour une hernie crurale. Enfin, l'intervention chirurgicale prompte nous paraît indispensable dans ces cas ; sous ce point de vue, tout le monde est d'accord, et notre observation ne fera qu'augmenter la statistique des succès de la kélotomie immédiate dans les hernies péritonéo-vaginales étranglées chez l'adulte.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Fever Hospitals et les Hôpitaux flottants pour la variole à Londres.

Aujourd'hui que la nature contagieuse des maladies tend à être de plus en plus, non seulement connue, mais encore approfondie, il est une préoccupation qui frappe le corps sanitaire de toutes les grandes villes en particulier : l'isolement des individus atteints par ces infections. Il semble toutefois que Paris n'a pas pris part à ce mouvement général, car on serait en droit de se demander ce que l'on a fait dans les divers hôpitaux pour empêcher les chroniques de coudoyer les *fiévreux*. On a construit des pavillons d'isolement pour la diphtérie, mais la rougeole et la scarlatine ne sont-elles pas toujours les voisines de la chorée et de la scrofule ?

Dans une récente communication (1), M. Thaon a montré le lourd tribut que payaient aux broncho-pneumonies infectieuses les enfants de l'hôpital de la rue de Sèvres, et l'on sait les ravages qu'exercent les fièvres éruptives et la diphtérie sur les petits êtres que de pauvres mères malades confient au Dépôt des Enfants-Assistés. Nous devons dire toutefois qu'on a créé des baraquements pour isoler les varioleux, mais nous devons ajouter aussi, qu'outre leur aménagement défectueux, ces constructions sont mauvaises, par ce fait même qu'elles sont annexées à des hôpitaux avec lesquels, comme à Saint-Louis, les fièvres n'ont aucun rapport.

Nous sommes bien loin à ce sujet de ce qui se pratique depuis plusieurs années en Angleterre. Non contents d'avoir, depuis les dernières épidémies de choléra de 1865-1875, dépensé 55 millions de livres sterling pour assainir leurs villes, les Anglais ont compris qu'on ne devait pas hospitaliser pêle-mêle tous les malades, et ils se sont empressés de créer des hôpitaux spéciaux pour les maladies contagieuses. L'étude du fonctionnement des Fever Hospitals et des hôpitaux flottants pour la variole, nous montrera, mieux que toute récrimination, l'insuffisance des mesures prises jusqu'ici dans notre pays.

A l'inverse des autres hôpitaux anglais qui, comme on le sait, sont entretenus par des fondations particulières et des dons annuels, les établissements destinés au traitement des fièvres et de la variole fonctionnent aux dépens de la ville de Londres, sous la direction du « Metropolitan Asylum Board » qui a été investi des pouvoirs dont il jouit par le Metropolitan Poor act de 1867. Depuis cette époque, ce service a été considérablement amélioré, surtout par les travaux de la « Royal commission on Infectious Hospitals, » dont faisait partie, en 1881, M. le Dr Broadbent (2). D'après

(1) *Société de biologie*, 17 octobre 1885.

(2) Nous saisissons cette occasion pour remercier M. le Dr Broadbent, membre de la Commission Royale ; M. W. J. Jebb, secrétaire général du Metropolitan Asylum Board ; MM. les Drs Birdwood et Phelp, médecin à bord du *Red Cross* et du *Castalia*, et Mme la Superintendante du *Red Cross*, de tous les renseignements que leur obligeance nous a permis d'acquérir pendant notre séjour à Londres.

un rapport (1) publié par le Metropolitan Asylum Board, les hôpitaux affectés au traitement des maladies contagieuses soignent par an 5,000 personnes, et ce chiffre s'élève quelquefois jusqu'à 10,000 pendant les épidémies de variole qui surviennent tous les quatre ans environ. Aussi, pour parer à ces éventualités, l'Administration a-t-elle fait construire cinq hôpitaux pour la fièvre, renfermant 1,484 lits. De plus, elle peut disposer de 1,600 lits pour la variole, répartis dans de petits établissements, par fractions de 50 ; et au nombre de 300 sur d'anciens bâtiments de la flotte affectés à cet usage. A chaque section, fièvre ou variole, est annexée une maison de convalescence, ainsi qu'on en peut juger par la carte que nous publions. Occupons-nous d'abord du

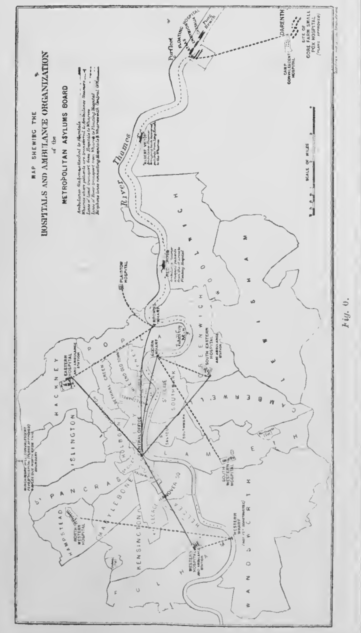


Fig. 6.

transport des fiévreux ou des varioleux à l'hôpital spécial qui doit les recevoir, exceptant toutefois ce qui regarde les hôpitaux flottants qui méritent une mention toute particulière.

(1) Ambulance arrangements for the conveyance of persons suffering from fever and small-pox to the hospitals of the board. Londres, 1884.

Avant 1881, les malades affectés de maladies contagieuses étaient conduits à l'hôpital par les soins des « Boards of Guardians » des différentes Paroisses et Unions. Une enquête spéciale ne tarda pas à révéler que les ressources dont disposaient les paroisses étaient insuffisantes; que les voitures de transport à quelques exceptions près, étaient fort défectueuses et que, dans beaucoup de cas, ces divers arrangements favorisaient bien plutôt la contagion qu'ils n'y mettaient obstacle. Aussi, la « Royal commission ou Enfectious diseases, » insista-t-elle tout particulièrement dans son rapport, sur cette insuffisance des moyens de transport et sur les dangers que les personnes saines couraient en prenant des voitures qui venaient de servir aux fiévreux. Elle concluait à l'établissement d'un mode de transport uniforme, « suffisant pour subvenir aux besoins, moins dangereux pour le public et plus digne de la capitale de l'Angleterre. » La Commission considéra aussi que, dans ce sujet qui touchait à la sécurité de la Métropole, les Paroisses et les Unions devaient contribuer aux dépenses à faire, suivant leur importance et indépendamment du nombre des malades appartenant à chacune d'elles. Le Metropolitan Asylum Board était chargé d'assurer le fonctionnement de ce nouveau service, de même qu'en 1867 le soin lui avait été confié par le Metropolitan poor act de construire des hôpitaux pour les fiévreux. Il devait également s'occuper du transport des varioleux sur les hôpitaux flottants qu'on allait créer.

Pour assurer la rapidité des transports par terre, l'Administration fit construire trois « Ambulance Stations » situées à l'est, au sud et à l'ouest de la capitale. Ces stations sont complètement indépendantes et comme bâtiments et comme Administration de l'hôpital près duquel elles se trouvent. Elles sont dirigées par un superintendant responsable devant le Comité de la bonne direction de sa station. Il a sous ses ordres tout un personnel d'employés, d'infirmières, de cochers, de blanchisseuses, etc., qui logent à la station. Tous les employés ont un uniforme spécial dont ils ne doivent se servir que pendant le service. Il est défendu aux cochers attachés à l'ambulance de stationner en route, de s'arrêter dans les cafés ou de flâner sur la rue et toute infraction au règlement peut entraîner leur expulsion. De même, lorsque les infirmières quittent l'ambulance pour conduire un malade à l'hôpital, elles revêtent un grand pardessus imperméable qui est désinfecté à l'arrivée en même temps que la voiture et les objets qu'elle renferme. Il faut environ 50 à 60 voitures ambulancières pour conduire les malades de leur domicile à l'hôpital. Il en existe également d'autres qui font le service entre les hôpitaux et les quais d'embarquement et qui transportent les malades guéris de ces quais à leur domicile.

Nous ne pouvons nous appesantir sur la description de ces véhicules qui sont tout spécialement et fort bien aménagés, pourvus de médicaments et de stimulants : le *Progrès médical* (26 juillet 1884) ayant d'ailleurs représenté ceux du type Howard qui sont fort commodes et très usités. Examinons maintenant la façon dont s'effectuent les transports. Lorsqu'un « District medical

officer » désire envoyer un malade dans un hôpital spécial, il s'adresse à l'Office des secours qui donne un ordre d'admission et envoie par le téléphone au siège central du Métropolitan Asylum, Norfolk Street, le nom, l'âge et l'adresse du malade, la mention de la maladie dont il est atteint, indiquant, en ce qui concerne la variole, si le cas est grave ou de moyenne intensité. L'office central se met immédiatement en communication téléphonique avec l'ambulance station du district où se trouve le malade et, *moins de cinq minutes après*, une voiture tout équipée est en route pour le domicile de ce dernier. Celui-ci est placé avec précaution dans le véhicule, en même temps qu'on remet à ses parents ou amis une note indiquant l'hôpital où il va être transporté. A cette note est joint un exemplaire des règlements concernant la visite des malades dans les hôpitaux, règlements sur lesquels nous reviendrons. D'ailleurs, une fois arrivé à l'hôpital, le malade est encore examiné par le Medical superintendant qui envoie de nouveau une note à ses parents et, si la maladie est grave, cette note est renouvelée journellement afin qu'on vienne le moins possible prendre de ses nouvelles. Ces dispositions, avons-nous dit, sont aussi bien applicables au transport des varioleux que des fiévreux en ce qui concerne le parcours sur terre. Nous ne nous occuperons pas davantage de ces derniers qui sont soignés dans des établissements rappelant par leur disposition tous les autres hôpitaux : nous devons désormais faire connaître les particularités qui ont trait aux hôpitaux flottants.

Ce fut encore la Commission royale qui, en 1881, émit le vœu que tous les varioleux atteints peu gravement et dont le transport serait jugé possible, fussent soignés en dehors de Londres sur des hôpitaux flottants qu'on établirait à cet effet sur la Tamise. Pour mettre ce vœu à exécution on créa un service spécial dont nous allons exposer le fonctionnement en suivant le malade lui-même, du point de départ au point d'arrivée.

Tous les varioleux indistinctement sont transportés dans les hôpitaux de terre affectés à leur service. A leur arrivée ils sont soigneusement examinés et répartis en deux classes. Les varioles graves resteront à l'hôpital ; les individus moyennement atteints « middle cases » seront transportés par des voitures ambulancières aux quais d'embarquement. Pour ce faire, l'office central envoie, après avertissement, un nombre suffisant de voitures, et donne l'ordre au steamer chargé du transport, de se rendre à une heure convenue au quai (warf) où les malades sont embarqués aussitôt après leur arrivée. Chaque hôpital expédie ses malades, ainsi qu'on peut le voir sur la carte, sur un quai dont la désignation est fixée à l'avance. Ces quais comprennent eux-mêmes toute une installation et ont coûté en moyenne 125,000 francs à construire. Ils renferment une cuisine et un réfectoire où mangent les infirmières avant leur retour à l'hopital ; de plus, l'Acorn Warf comprend une maison d'habitation pour les médecins qui font le service des steamers. Au mois de juillet 1884 l'administration possédait trois steamers construits sur le même modèle et mesurant 105 pieds de longueur, 16 pieds de largeur, 7 pieds de profondeur et tirant 4 pieds 6 pouces. Leur aménagement est tout à fait particulier. Ils sont divisés en deux parties indépendantes. La cabine de l'avant est séparée en deux et peut recevoir 16 adultes couchés atteints de cas graves ou 50 cas légers ou convalescents assis. A cet effet, ainsi que cela existe dans les voitures de transport, cette chambre est pourvue de couchettes qui, se repliant, peuvent faire place à des sièges. La cabine de l'arrière, pourvue d'une banquette circulaire, est destinée aux malades guéris que l'on ramène des hôpitaux flottants à leur domicile.

Le steamer est fréquemment lavé et désinfecté et sa literie est nettoyée sur les hôpitaux flottants. A chaque bateau est attaché un médecin expérimenté et deux infirmières, dont une superintendante, chargées de donner, sous la direction du médecin, des stimulants, du thé, du café, du lait, de la soupe : toutes choses d'ailleurs dont la cuisine du steamer est abondamment pourvue en cas d'accidents ou de retards occasionnés par les brouillards qui existent si fréquemment sur la Tamise. Tous les officiers, marins et employés, ont été revaccinés ; ils sont vêtus d'un uniforme spécial et vivent dans les maisons des quais d'embarquement.

Partons du Potter's Ferry Warf pour nous rendre à Long Reach où sont les hôpitaux flottants. Le médecin du Red Cross a pris administrativement possession des malades qui sont venus des divers hôpitaux de terre ; il veille à leur embarquement et, aussitôt celui-ci terminé, le capitaine donne le signal du départ. Le trajet dure environ une heure et demie, les hôpitaux sont donc assez éloignés car le steamer est bon marcheur et il file à toute vapeur. Le voici arrivé aux hôpitaux. Ceux-ci offrent un singulier aspect. Le premier est l'*Atlas* qui, pour la première fois, a reçu des malades en février 1884. C'est un ancien vaisseau de guerre à voiles, un trois mâts dématé à pont couvert, et dont les trois étages s'élèvent à une hauteur assez considérable au-dessus de la Tamise. Il renferme des salles à parois épaisses, chaudes l'hiver, fraîches l'été, toutefois peu élevées de plafond, et qui donnent asile à des adultes hommes et femmes, et plus spécialement à des enfants, au nombre de 150. L'une de ces salles est assez grande pour contenir 50 lits d'enfants. Il renferme également le cabinet du médecin, des cuisines, des salles de bains, tous les services accessoires en un mot d'un hôpital bien aménagé. De l'*Atlas*, au moyen d'un pont, on passe sur l'*Endymion* autre ancien vaisseau de guerre à voiles, divisé en cabines séparées et affectées au logement du personnel assez nombreux qui dessert les hôpitaux flottants sous la direction de quatre superintendantes. Tout ce personnel, d'ailleurs, est exclusivement féminin et laïque. De l'*Endymion* on passe sur le *Castalia*, qui offre un aspect encore plus singulier que les autres navires. Au début, le *Castalia* était un bâtiment formé de deux bateaux accouplés (twin-ship) destiné à faire la traversée d'Angleterre en France : cet accouplement devant, dans la pensée des constructeurs, permettre d'éviter le roulis et le tangage et, partant, le mal de mer. Malheureusement cette disposition rendit le bateau si mauvais marcheur qu'on dut renoncer à ses services et que, finalement, on le transforma en hôpital. On le rasa à une cer-

taine hauteur et on construisit sur les deux vaisseaux accouplés des *pavillons isolés* situés obliquement afin de gagner du terrain et divisés en petites salles fort bien aménagées. La ventilation, qui est excellente, s'y fait au moyen du « Boyle's air pump ventilator », système très perfectionné. Elle est de plus singulièrement favorisée par le volume d'air déplacé par le courant de la Tamise. Malheureusement, les parois des salles sont un peu minces, comme dans nos baraquements, et favorables, par conséquent, à la déperdition de chaleur en hiver et à l'excès contraire en été. Toutes les salles, d'ailleurs, sont pourvues de bouches de chaleur. Le *Castalia*, qui contient 150 lits, a été ouvert le 1er juillet 1884.

Le service médical de ces hôpitaux est assuré par un médecin-chef, le Dr Birdwood, assisté de deux médecins adjoints, qui a présidé à leur excellent aménagement. Un seul pont les relie à la rive, à une certaine distance de laquelle ils se trouvent situés. Sur cette rive se trouve une grande blanchisserie (laundry) où se lave tout le linge qui a servi aux malades. Lorsque ceux-ci sont convalescents, ils descendent à terre et sont conduits par des voitures au « Camp convalescent hospital » de Darenth. Cet établissement, dont l'administration est indépendante de celle des hôpitaux flottants, peut recevoir jusqu'à 1000 malades. Il n'est d'ailleurs que temporaire et doit être remplacé par le « Gore farm small pox hospital », situé un peu plus loin et dans la même direction. Lorsque les malades sont jugés suffisamment rétablis, ils sont ramenés du Camp, par fractions, à un Warf qui se trouve près de l'*Atlas*, où ils s'embarquent pour Londres et leurs domiciles respectifs, où d'ailleurs ils sont reconduits en voiture.

Il ne nous reste plus maintenant que quelques mots à dire des règlements dont nous avons parlé déjà ailleurs en traitant du transport des malades. Nous nous occuperons surtout de ceux qui ont trait à la visite des patients dans les Floating comme dans les Fever hospitals.

Nous savons déjà que les parents ou amis du malade ont été informés par une note spéciale de l'hôpital où celui-ci a été transporté. Afin d'éviter les visites — préoccupation qui domine tous les règlements — on donne régulièrement de ses nouvelles et l'on répond à toutes les lettres qui en demandent, par retour du courrier. Si la situation du malade est dangereuse, on envoie au plus proche parent ou ami, une note pour l'en informer et l'engager à se rendre à l'hôpital; le stewart peut même, à la discrétion du Medical superintendant et après approbation du « Comité of Management » prendre ses dispositions pour faire conduire le visiteur à l'hôpital et le reconduire à domicile.

Cette visite est du reste soumise à une réglementation très sévère. Elle est limitée aux plus proches parents et amis de la personne *dangereusement malade*. Une seule visite est autorisée par jour, et après permission expresse du Medical superintendant : elle ne doit durer qu'un quart d'heure. Néanmoins, celui-ci peut, dans les cas urgents et spéciaux, permettre l'entrée à deux visiteurs et prolonger la durée de la visite. Ceux-ci sont avertis qu'ils courent de grands risques en entrant dans les hôpitaux ; ils ne doivent pas se rendre dans les salles de varioleux s'ils n'ont pas été revaccinés et, s'ils habitent dans la maison du malade, ils sont ardemment priés d'inviter les autres habitants de cette maison à appeler le vaccinateur public (dont l'adresse peut être obtenue chez chaque officier de la paroisse) afin de se faire revacciner. Les visiteurs sont avertis de ne pas entrer dans les salles d'aucun des hôpitaux, si leur condition de santé actuelle n'est pas satisfaisante, et de prendre une nourriture solide avant d'y pénétrer. Ils sont priés, lorsqu'ils sont dans les salles, d'éviter soigneusement de toucher le malade, de s'exposer à sa respiration et aux émanations de sa peau; il ne leur est pas permis de s'asseoir sur le bord du lit ni d'en toucher les couvertures. Ils doivent s'asseoir sur une chaise et à une certaine distance du malade. Ils devront revêtir un pardessus, qui leur sera fourni par l'Administration, se laver la figure et les mains avec du savon phéniqué avant de quitter l'hôpital, ou user de tel mode de désinfection indiqué par le Medical superintendant. Il leur est expressément défendu d'entrer dans un omnibus, un tramway ou toute autre voiture publique, aussitôt après qu'ils auront quitté l'hôpital. En règle générale, les adultes suffisamment rétablis pour reprendre leurs occupations, peuvent sortir de l'hôpital à leur discrétion. Quant aux enfants âgés de moins de 16 ans, leurs parents ou leurs amis sont avertis de l'heure de leur sortie et s'ils ne viennent pas les chercher, l'Administration les fait reconduire aux workhouses de leurs paroisses et Unions respectives.

La mise en œuvre de toutes ces précautions leur minatie même, ne sauraient que mériter notre approbation. Les habitants de Londres s'y sont soumis sans murmures, car ils en comprenaient toute l'importance, en même temps qu'ils en bénéficiaient tous les jours. Pourquoi ne bénéficierions-nous pas également de toutes ces excellents dispositions. En considérant que c'est depuis 1867, depuis près de vingt ans, que les Fever hospitals sont construits, on se prend à se demander si c'est par négligence ou par ignorance que nous avons péché. On a reculé, on recule peut-être encore devant la dépense. Cela ne saurait être en ce qui regarde l'installation des hôpitaux flottants. L'Etat possède à l'embouchure du Faou, dans la rade de Brest, quinze anciens bateaux de guerre à voiles — type de l'Atlas et de l'Endymion — tous en très bon état, mais qui sont devenus inactifs par suite des transformations de l'armement moderne. Il en céderait certainement quelques-uns, et à bon compte, à la Ville de Paris. Remorqués à vide, ils pourraient remonter la Seine jusqu'à une certaine distance de la capitale et l'on n'aurait plus qu'à emprunter à nos voisins d'Outre-Manche les dispositions qu'ils ont si sagement et si heureusement appliquées sur la Tamise. On irait ainsi au plus pressé, l'installation serait rapide, et nul doute que les avantages qu'on en retirerait, ne hâteraient la construction sur terre de Fever hospitals dont la nécessité n'est douteuse pour personne.

GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian continue ses recherches *sur les fonctions du nerf de Wrisberg.* Il rapporte l'histoire clinique d'un malade atteint d'une part d'une hémiparésie du côté gauche (sauf la face) avec hyperesthésie de tout ce côté, et d'autre part, d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. La sensibilité gustative était diminuée dans la moitié droite antérieure de la langue, conservée dans la partie postérieure et diminuée dans la moitié droite du voile du palais. La sensibilité gustative paraît donc confinée au voile du palais et à la partie antérieure de la langue par la corde du tympan, laquelle provient du nerf de Wrisberg. A l'autopsie, M. Vulpian trouva une petite tumeur, de la grosseur d'une noisette, dans la partie supérieure de la moitié droite du bulbe rachidien et remontant jusqu'à l'origine réelle du nerf facial droit. Cette tumeur comprimait ainsi les fibres du bulbe rachidien qui servent à la transmission centrifuge des ordres de la volonté et à la transmission centripète des impressions venues de la périphérie : d'où hémi-parésie et hémi-hyperesthésie.

Dans une seconde communication, M Vulpian recherche *l'origine des nerfs sécréteurs de la glande salivaire de Nühn et des glandules labiales du chien.* La faradisation des nerfs crâniens dans l'intérieur du crâne lui a montré que ces nerfs proviennent du glosso-pharyngien, comme ceux de la parotide, et qu'ils émanent du rameau de Jacobson.

MM. Mairet et Combemalle ont étudié *l'action physiologique de l'acétophénone.* A part un peu de somnolence, cette substance laisse les sens en éveil, mais n'amène pas un vrai sommeil.

M. G. Colin étudie *les effets des inoculations de tubercule sur les différents animaux domestiques.* Avant de devenir une affection viscérale, la tuberculisation frappe constamment le système lymphatique; au lieu d'être généralisée, la première affection se limite à la partie du système dans laquelle la matière étrangère est absorbée. Cette tuberculisation lymphatique s'opère progressivement dans l'ordre précis du transport de la matière tuberculeuse, c'est-à-dire sur le chemin que les éléments virulents suivent pour arriver à la circulation générale. P. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Parise (de Lille) membre associé national.

M. Méhu lit plusieurs *rapports* sur les *remèdes secrets.*

M. G. Bouchardat lit plusieurs rapports sur les *Eaux minérales.*

L'Académie procède à l'élection des membres nouveaux des diverses commissions pour l'année 1886 : *Epidémies* : M. Dujardin-Beaumetz ; *Eaux minérales* : MM. Bourgoin et Empis ; *Remèdes secrets* : MM. Milne-Edwards, Gautier, G. Bouchardat : *Vaccine* : MM. Leblanc, L. Colin, Gueniot ; *Hygiène de l'enfance* : MM. Vallin et Lagneau.

M. Galezowski lit un travail relatif à un cas d'*ophthalmie sympathique et d'épilepsie.* L'ophthalmie sympathique reconnaissait pour cause la perte de l'autre œil, à la suite d'un accident de chasse. L'ophthalmie sympathique et l'épilepsie se montrèrent simultanément, pour disparaître rapidement, dès que l'énucléation de l'œil perdu eut été pratiqué.

L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre : 1° le *rapport* de M. Milne-Edwards sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de thérapeutique. La Commission présente : en première ligne : M. Desnos ; en deuxième ligne, M. Dumontpallier ; en troisième ligne, M. Hayem : en quatrième ligne, M. Hallopeau : en cinquième ligne, M. Ferrand ; 2° le *rapport* de M. Peter sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la première division. La Commission présente : en première ligne, M. Joseph Fayrer (de Londres), en deuxième ligne, M. Pretenderis Typaldos (d'Athènes); en troisième ligne, M. Betmann (de New-York). A. Josias.

Séance du 5 janvier. — Présidence de M. Trélat.

M. Bergeron, président sortant, résume les travaux de l'Académie, accomplis durant l'année 1885.

M. Trélat, annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Dechambre, membre associé libre.

Election d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique. Votants : 83. Majorité : 42. Au premier tour de scrutin, M. Hayem est élu par 44 voix, contre M. Desnos, 38 voix : M. Dumontpallier, 1 voix.

Election d'un membre correspondant étranger. Votants : 65. Majorité : 33. M. Joseph Fayrer (de Londres) est élu par 43 voix, contre M. Pretenderis Typaldos (d'Athènes), 16 voix; M. Betmann (de New-York), 6 voix.

M. Panas fait une communication sur l'*opération de la cataracte.* M. Panas a surtout pour but de rappeler les bienfaits de l'antisepsie, à l'occasion de l'opération de la cataracte ; ces bienfaits sont évidents si l'on compare les statistiques d'aujourd'hui aux statistiques d'hier. Cette antisepsie oculaire doit être rigoureuse, intra et extra-oculaire. D'après M. Panas, il convient de donner la préférence au bi-iodure de mercure au vingt-millième, et il préconise la formule suivante :

Eau distillée, 1 litre, bi-iodure d'hydrargyre, 5 centigrammes, alcool à 90°, 20 grammes.

M. Lagneau fait une communication statistique, sur le *recrutement militaire au point de vue du développement humain.* A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

9. Ictère chronique par obstacle au cours de la bile. — Phénomènes cholémiques. Mort autopsie : petit épithélioma tubulé de l'ampoule de Vater faisant valvule à l'orifice duodénal. — Dilatation et hydropisie des voies biliaires extra et intra-hépatiques sans cirrhose du foie. — Néphrite conjonctive paraissant de date récente : par MM. Barth, médecin des hôpitaux, et Marfan, interne des hôpitaux.

Un homme âgé de 67 ans se présentait, le 10 février 1885, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il était atteint d'un ictère intense, et c'est pour les démangeaisons très vives qui accompagnaient cet ictère qu'il venait demander des soins à l'hôpital Saint-Louis ; son médecin lui avait en effet affirmé que sa jaunisse n'avait aucune gravité. Le jour de son entrée le malade nous a fourni sur son passé les détails suivants : il a toujours joui d'une excellente santé, sauf une disposition particulière à la diarrhée. Vers le commencement de janvier 1885, il fut pris d'un prurit intense, dont l'intensité s'exagérait beaucoup la nuit. Il alla consulter son médecin qui l'examina avec soin et lui fit remarquer qu'il avait les conjonctives jaunes, ce dont il ne s'était pas aperçu. Depuis ce moment, le malade s'observa et vit ses téguments jaunir progressivement. Vers la fin de janvier, il perdit l'appétit et il remarqua que ses selles étaient grises, ses urines d'un rouge foncé. Les démangeaisons devinrent de plus en plus vives et le 10 février le malade entra à l'hôpital Saint-Louis. Il fut admis dans le service de M. Vidal, suppléé par M. Barth (Salle Devergie, n° 47).

A son entrée, le malade a toute sa peau uniformément colorée en jaune : les conjonctives sont aussi très colorées. La couleur jaune est très intense. D'ailleurs la peau présente, en divers points, surtout aux membres inférieurs, des traces très accusées de grattage. La langue est un peu

saburrale ; la salive est très amère ; le malade n'a aucun goût pour les aliments : il a du pyrosis ; pas de constipation. La température est normale ; le pouls est à 72. La région hépatique n'est pas douloureuse spontanément ; par la pression on provoque une douleur sourde et peu vive. Le malade se plaint surtout de ses démangeaisons. Lorsqu'on pratique le palper de la région abdominale, on sent dans le flanc droit, à peu près au niveau de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du côlon ascendant, une tuméfaction à limites mal définies, mais séparée du bord tranchant du foie par un espace de quelques centimètres, espace souple au palper et sonore à la percussion. Enfin le malade est manifestement athéromateux ; l'artère radiale est dure et flexueuse : le deuxième temps aortique est claqué. L'analyse des urines y décèle le pigment biliaire en quantité, mais pas d'albumine Enfin les matières fécales du malade sont décolorées. En présence de cet ensemble de symptômes. M. Barth porta le diagnostic d'obstruction des voies biliaires par un calcul ou un cancer. L'existence de la tuméfaction siégeant au niveau du côlon ascendant ne fut pas attribuée, en raison de ses caractères particuliers, à l'hydropisie de la vésicule biliaire : on suppose qu'il s'agissait là d'un néoplasme, et cette supposition s'adaptait bien au diagnostic : *obstruction des voies biliaires par un cancer* : c'est à ce diagnostic qu'on s'arrêta.

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 1er mars, le malade resta exactement dans le même état : la teinte jaune des téguments demeura aussi intense : les selles étaient toujours argileuses : les urines toujours biliphéiques. L'appétit ne revenait pas. Le 1er mars au matin, le malade était fort abattu : sa langue était sèche, et il avait été pris de nausée : d'ailleurs les selles étaient toujours décolorées. Cet état se maintint jusqu'au 4 mars.

Le 4 *mars*, outre les symptômes précédents, on constate que la peau du malade est sèche et chaude et que la température axillaire est de 39°,2. Le pouls est toujours à 72. L'ictère est plus foncé : il présente une teinte ocreuse : enfin l'haleine du malade exhale une odeur forte, saisissante, difficile à caractériser, mais qu'on peut cependant comparer à celle du raifort. Le ventre est légèrement ballonné : on sent toujours la tuméfaction située au niveau du colon ascendant : il semble cependant qu'elle s'est allongée dans le sens transversal. La quantité d'urine excrétée en 24 heures est très diminuée.

Le 5 *mars*, la température est à 37° : les phénomènes d'abattement nerveux sont très accusés.

Le 6 *mars* au matin, l'état est le même, sauf pour la température qui est à 36°.

Le 8 *mars* au matin, la température a été de 35°,4. Les jours qui suivent, le malade répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Le 10 *mars*, le malade a une selle colorée : mais cette coloration est noirâtre : les matières sont poisseuses : il s'agit là non pas d'une selle colorée par la bile, mais d'une selle renfermant du sang.

Le 11 *mars* au matin : coma. Température 36°. Mort.

Autopsie. — Sauf quelques plaques d'athérome sur l'aorte, tout l'intérêt de l'autopsie se concentre sur la cavité abdominale. Dès que cette dernière fut ouverte, nous recherchâmes d'abord à quoi était due cette tuméfaction que le palper nous avait fait sentir pendant la vie. Or nous constatâmes immédiatement que la tumeur n'était autre chose que la vésicule biliaire, extraordinairement distendue et abaissée de telle façon que le fond passait dans l'angle du colon ascendant et du colon transverse.

Cette constatation nous rendit compte de la zone souple et sonore qui, pendant la vie, séparait la tuméfaction du bord tranchant du foie. Nous portant alors dans la cavité duodénale, au niveau de l'ampoule de Vater, nous trouvons l'orifice des canaux cholédoque et pancréatique masqués par une saillie végétante, d'aspect papillomateux, grande à peu près comme l'extrémité du petit doigt. Nous faisons assez facilement pénétrer une sonde dans le canal cholédoque et dans le canal pancréatique, qui sont tous les deux dilatés, surtout le premier. Nous ouvrons le canal cholédoque à une certaine distance de l'ampoule de Vater et nous essayons de faire passer la sonde en la dirigeant du canal cholédoque vers le duodénum : mais il fut impossible de la faire passer : ce qui nous prouva que la végétation papillomateuse faisait le jeu d'une soupape se fermant à l'arrivée de la bile et l'empêchant d'être vidée dans le duodénum. Ainsi l'obstacle au cours de la bile était situé tout à fait à l'orifice du canal cholédoque dans l'ampoule de Vater. Pour n'y plus revenir, nous dirons que cette végétation était, histologiquement, de l'épithélioma tubulé. En suivant les voies biliaires, nous constatons une dilatation considérable du canal cholédoque : le canal hépatique et ses deux branches sont aussi très dilatés : quant à la vésicule biliaire, elle est énorme : à sa surface on voit de nombreux vaisseaux dilatés. Le canal cystique est moins dilaté proportionnellement que le reste des voies biliaires. La vésicule biliaire et les canaux dont nous venons de parler étaient remplis d'un liquide incolore, filant, oléagineux, ayant un peu l'aspect de la glycérine : d'ailleurs, il n'existe pas un seul calcul. L'aspect extérieur du foie est le suivant : il n'est pas lobulé ni granuleux : sa surface est lisse et d'une couleur jaune intense avec un piqueté bien fin déterminé par de petites taches rousses, presque brunes. A la coupe, il ne crie pas sous le scalpel : on constate la même coloration qu'à la surface et on voit les canaux biliaires assez dilatés pour qu'on puisse faire pénétrer le petit doigt dans certains d'entre eux, et remplis du même liquide incolore, filant, que la vésicule biliaire. Pas de sable biliaire ; pas d'abcès biliaires Le volume du foie n'est pas manifestement augmenté.

A l'*examen microscopique* on constate d'abord un très léger degré de sclérose dans les espaces portes : quant au lobule sa forme est parfaitement conservée : les cellules hépatiques ont leurs contours normaux : mais le point le plus remarquable, facile à constater surtout sur une coupe non colorée, c'est la teinte jaune de ces cellules qui sont toutes plus ou moins infiltrées de pigment biliaire : cette infiltration n'est pas la même dans tous les points du lobule, elle est très accusée au centre : là, les cellules forment autour de la veine centrale un anneau roux, presque brun. C'est à cette inégale répartition du pigment dans le lobule qu'est dû le piqueté observé à la surface du foie. L'accumulation du pigment au centre du lobule, autour de la veine [illegible]trale, montre qu'il devait exister entre la tension d[illegible] quide renfermé dans les voies biliaires et la tensio[illegible] sang de la veine sus-hépatique, une différence consi[illegible]ble : la tension étant moins forte dans le système sus-hépatique, c'est dans ce dernier que se déversait le pigment biliaire sécrété par la cellule du foie.

Le pancréas semble un peu augmenté de volume ; mais, à la tête comme à la queue, sa consistance est normale. A la coupe, il présente des canaux dilatés, remplis pour la plupart d'un suc légèrement teinté en jaune. A l'examen histologique, le pancréas a présenté des acini normaux et un tissu conjonctif non altéré. Le rein droit est remplacé par une sorte de coque fibreuse, incrustée de sels calcaires, surmontée de quelques kystes transparents, et coiffant les calices et le bassinet légèrement dilatés. L'uretère, qui fait suite à ce vestige de rein, est oblitéré dans la plus grande partie de son étendue. En le suivant jusqu'à la vessie, on ne constate aucune cause d'oblitération appréciable, ni sur son trajet, ni à son orifice vésical. Il est extrêmement probable qu'il y a eu là, à une époque impossible à déterminer, une affection renale, peut-être une hydronéphrose, qui a guéri par l'atrophie progressive du rein. Le rein gauche est volumineux. A la surface comme sur une coupe, on constate que son tissu est d'un jaune d'or. D'ailleurs, à l'œil nu, on ne peut constater d'autre altération. Voici maintenant les resultats de l'examen microscopique : les tubes urinifères sont manifestement dilatés : leur épithélium est un peu aplati, mais en définitive presque normal ; beaucoup de ces tubes sont remplis de cylindres granuleux. La plupart des glomérules semblent sains, mais cer-

tains sont remplacés par une masse de tissu embryonnaire en voie d'organisation fibreuse; d'ailleurs, par places on voit de longues traînées de tissu conjonctif en voie de prolifération. La formation scléreuse est très irrégulière; elle ne suit nettement ni les vaisseaux, ni les tubes urinifères. Enfin, sur une coupe non colorée, on constate une teinte jaune générale due à l'infiltration du pigment biliaire dans le tissu rénal. La répartition du pigment est d'ailleurs inégale et irrégulière. Ce pigment, très abondant par places, l'est très peu en d'autres points. Certains cylindres des tubes urinifères sont colorés en jaune ocre. En résumé, le rein gauche, le seul qui pût servir à l'excrétion urinaire, présentait des altérations qui devaient restreindre singulièrement sa fonction. Ce fait vient donc à l'appui de la manière de voir de M. le professeur Bouchard, qui place la gravité des accidents cholémiques sous la dépendance d'une lésion rénale entravant l'excrétion urinaire.

Une dernière question se présente touchant la lésion du rein : Quelle a été l'influence de l'élimination de la bile à travers le filtre rénal sur la production de la néphrite? Notre malade était un athéromateux; il est fort probable qu'avant la maladie qui l'a emporté, ses reins devaient présenter un léger degré d'altération scléreuse. Mais si nous considérons d'autre part l'intégrité relative des éléments épithéliaux, les caractères du tissu conjonctif de nouvelle formation, tissu conjonctif très riche en noyaux et partant de production assez récente, il est parfaitement légitime d'admettre que la néphrite a été, sinon produite en totalité, au moins très aggravée, par le passage de la bile au travers des éléments du rein.

10 M. Hartmann présente des pièces provenant d'un individu qui, très jeune, a fait une chute sur le périnée, à la suite de laquelle se sont produits des rétrécissements amenant la rétention d'urine avec incontinence. Il subit deux fois l'uréthrotomie interne; puis, quelques années après, il revient avec une infiltration urineuse du périnée, meurt d'intoxication urineuse. — *A l'autopsie*, on trouve deux points de rétrécissement avec une dilatation de la partie postérieure de l'uréthre, formant une petite poche qui explique l'incontinence. La vessie est rétractée, à parois très épaissés; les uretères et les bassinets sont dilatés et les reins atrophiés. Les uretères présentent des points rétrécis et épaissis entre les points dilatés; par places, on voit des brides, formant valvules, avec des culs-de-sac assez profonds.

M. Cornil compare cette dilatation des uretères à la dilation bronchique; celle-ci affecte le même aspect moniliforme, et on voit au microscope qu'il y a disparition presque complète des fibres élastiques et musculaires dans les points dilatés, et hypertrophie de ces mêmes éléments dans les points rétrécis. Cela est dû à une répartition inégale de l'inflammation, et on doit retrouver le même fait dans les uretères qui sont présentés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

Polype de l'amygdale. — M. Nepveu lit un rapport sur une observation de *polype fibro-muqueux de l'amygdale*, adressée à la Société par M. Masse (Bordeaux). La tumeur, pédiculée, flottait dans l'arrière-gorge et provoquait des accès de toux: l'ablation par torsion fut facile. L'examen histologique montra que la tumeur était constituée par du tissu fibreux pur.

Kyste thyroïdien à parois calcifiées. — M. Nepveu lit un rapport sur une observation de kyste calcifié, adressée par M. Houzel (Boulogne).

M. Trélat fait observer que l'on n'obtient la guérison de ces kystes qu'en ouvrant largement la poche pour évacuer tout le contenu et nettoyer la paroi.

Pseudarthrose. — M. Berger présente une pseudarthrose des os de la jambe; elle date de cinquante ans et est remarquable par la perfection de l'articulation nouvelle. Les articulations voisines fonctionnent régulièrement, mais il existe des troubles trophiques importants de tout le membre et du côté correspondant du bassin.

M. Trélat se demande si cette atrophie est le fait de la pseudarthrose ou s'il ne s'agirait pas plutôt d'une affection spinale de l'enfance ayant favorisé la formation d'une néarthrose.

M. Duplay incline aussi à attribuer l'atrophie et l'absence de consolidation à une lésion médullaire.

M. Berger rappelle que les fractures de l'enfance peuvent devenir l'occasion de pseudarthroses, même chez les sujets indemnes de toute lésion médullaire; — il apportera incessamment le résultat de l'examen de la moelle.

Exostoses du crâne. — M. Poulet (Lyon) présente une pièce offrant une tuméfaction osseuse considérable au niveau de la suture sagittale du crâne; ce crâne appartenait à un scieur de long et l'exostose est d'origine professionnelle.

Election. — Au cours de la séance, M. Kirmisson a été nommé membre titulaire par 26 voix contre 4 à M. Peyrot.

P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 23 décembre 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. C. Paul présente à la Société un travail de M. Durand sur l'*adonidine* alcaloïde de l'*adonis vernalis*. L'auteur qui établit une comparaison entre ce médicament et les autres toniques du cœur habituellement employés, conclut qu'il régularise ses battements.

M. Wurtz montre des cristaux d'adonidine obtenus par le procédé de Cervello.

M. Huchard a également étudié l'action de cette substance qui a été obtenue la première fois par Cervello et expérimentée par Lesage et par Mortagne. Dix kilogrammes de la plante donnent environ 2 grammes de substance active. Expérimentalement, sur des cobayes, on voit survenir à la dose de 1 à 2 cent. en injections hypodermiques de la difficulté dans la respiration, le ralentissement des battements cardiaques et la mort. Chez l'homme, l'adonidine relève la tension artérielle et favorise la diurèse. On peut prescrire l'*adonis vernalis* en infusion, à la dose de 4 à 8 grammes de la plante sèche par jour en quatre fois; l'administration de l'alcaloïde, bien qu'il ait été donné à doses plus élevées, ne doit pas dépasser 1 à 2 centigrammes.

M. Limousin désirerait connaître les rapports qui existent entre une quantité donnée d'adonidine et son extrait.

M. Huchard n'a pas encore employé l'extrait.

M. Wurtz dit qu'en employant le procédé de Cervello, il a pu retirer une dose d'alcaloïde supérieure à celle indiquée par cet auteur, c'est-à-dire plus de 2 gr. par 10 kilog. de plante.

M. Cadet de Gassicourt est élu président.

M. Limousin, vice-président; M. C. Paul, secrétaire général.

Gilles de la Tourette.

REVUE D'ANTHROPOLOGIE

I. Etude authropologique sur les Botocudos, par le Dr Philippe-Marius Rey. — Paris, chez Doin, 1880.

II. L'évolution du langage; par M. Hovelacque, Conférence transformiste, extrait des bulletins de la société d'anthropologie, séance du 9 mai 1885.

III. L'intelligence est-elle en rapport avec le volume du cerveau; par le Dr Adolphe Bloch, Extrait de la *Revue d'anthropologie*, 15 octobre 1885.

I. Dans ce travail déjà ancien, mais que nous n'avons pu analyser plus tôt, l'auteur donne le résultat de recherches anthropologiques et ethnographiques sur les Botocudos qu'il a pu étudier sur place dans les forêts du Brésil. La plus grande partie de ce mémoire est consacrée à l'étude craniométrique détaillée de six crânes botocudos dont quatre découverts et rapportés par l'auteur. Plusieurs figures accompagnent les descriptions et les nombreuses mesures données par l'auteur qui considère que ces crânes présentent un ensemble de caractères communs bien déter-

minés dont voici les principaux : saillie de la glabelle et des arcades sourcilières, enfoncement de la racine du nez, orbites bas et rectangulaires, pas de bosses frontales, occipital globuleux, voûte crânienne en forme de toit, largeur de la fosse temporale et de la face, prognathisme alvéolaire, indice céphalique 73,21 (hommes), et 72,97 (femmes). La capacité crânienne moyenne est de 1470 cc. pour les hommes et 1385 pour les femmes ; elle diffère donc peu suivant les sexes ainsi que cela se voit chez les races inférieures. Suivent une étude sur les divers os du squelette et une étude sur les caractères physiques et sociaux des Botocudos que l'auteur a étudiés dans leur pays.

II. Après avoir exposé l'origine probable du langage par la manifestation vocale des émotions complétant la mimique et l'expression de la face, l'auteur montre bien ce qu'a de fatal l'évolution d'une langue indépendamment d'un nombre considérable d'influences les plus diverses qui ne font que la modifier ; l'évolution linguistique étant aussi naturelle que l'évolution biologique d'un peuple ou d'une race.

Les langues, en effet, passent par diverses phases en s'arrêtant soit à l'un soit à l'autre de ces stades évolutifs : elles sont d'abord monosyllabiques, puis agglutinatives, enfin arrive la dernière phase, celle de la flexion. Le langage n'échappe donc pas à la théorie de l'évolution ; son étude est au contraire vivement éclairée par l'application de cette méthode.

III. L'auteur, après avoir résumé plusieurs des travaux publiés sur ce sujet, conclut en affirmant qu'il n'y a pas de rapport absolu entre l'intelligence et le volume du cerveau, bien des facteurs pouvant faire varier la capacité crânienne sans avoir d'action sur l'intelligence. Il n'accorde non plus aucune valeur à la disposition des circonvolutions. Le facteur le plus important pour lui est la *qualité* de la substance cérébrale, qualité qui est constituée par l'*impressionnabilité* ou l'*excitabilité* plus ou moins forte de la cellule cérébrale, cet état de la cellule pouvant être natif, héréditaire ou bien acquis, parfois pathologique. Beaucoup de faits, certainement curieux, sont fournis par l'auteur à l'appui de cette thèse bien plus psychologique qu'anatomique ou physiologique, et échappent par là même à toute critique scientifique. L. CAPITAN.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations ; par le Dr Hermann NOTHNAGEL, traduit par le Dr Keraval, précédé d'une préface par M. le professeur Charcot, 676 pages. — Delahaye et Lecrosnier éditeurs.

Les travaux du savant médecin de Vienne sur la neuropathologie sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de rappeler sa haute compétence sur ce sujet, aussi faut-il considérer la publication de son livre comme une bonne fortune pour tous ceux qui s'intéressent à cette branche des connaissances médicales, plus encore, pour tous les médecins qui n'ont pas renoncé à se tenir au courant des grands progrès accomplis dans ces dernières années. La doctrine des localisations dans l'encéphale et surtout la méthode anatomo-clinique qui a présidé à l'établissement et à la confirmation de cette doctrine tiennent une grande place dans le bilan des acquisitions scientifiques de ce quart de siècle. Le livre de M. Nothnagel peut être considéré comme une des bases les plus solides de cette doctrine, non seulement il contient un exposé minutieux et méthodique des faits sur lesquels celle-ci a été fondée, mais encore en groupant ces faits à côté les uns des autres, en les soumettant à une discussion très serrée, l'auteur apporte aux plus obstinés des preuves convaincantes, en même temps qu'il ouvre souvent des aperçus nouveaux sur différents points de la physiologie et de la pathologie des centres nerveux.

L'ouvrage est divisé en deux parties : dans la *première*, sont étudiés les phénomènes consécutifs à la lésion de telle ou telle partie de l'encéphale (cervelet et ses pedoncules, protubérance, bulbe, pedoncules cérébraux, noyaux gris et substance blanche des hémisphères, circonvolutions, ventricules, etc...) ; les observations s'ajoutent aux observations, les analogies des unes et des autres se montrent ainsi en pleine lumière, la symptomatologie de chacune de ses lésions se dégage pour ainsi dire d'elle-même, grâce à l'ordre qui a présidé à leur classement, grâce surtout au soin avec lequel l'auteur met en relief les faits importants et bien avérés et les sépare de ceux moins bien établis qui demandent une confirmation ultérieure.

La seconde partie est consacrée à la description de chaque symptôme d'une façon spéciale, c'est en un mot un traité de séméiotique très complet et très étendu de tous les phénomènes qui peuvent se montrer au cours des lésions de l'encéphale, où se trouvent analysés en détail les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, vaso-moteurs, trophiques, cardiaques, respiratoires, etc , etc..., qui ont pu être observés jusqu'ici.

Nous sommes obligé de nous borner à une énumération incomplète de tous ces chapitres dont quelques-uns comprennent un grand nombre de pages ; signalons encore un riche index bibliographique qui ne contient pas moins de 560 indications, sans compter toutes celles contenues dans les additions faites au bas des pages. Un grand nombre de figures ajoutées à la fin du volume forment un véritable atlas qui permet au lecteur de s'orienter sûrement dans la topographie souvent assez ardue des lésions de l'encéphale.

Quant à la traduction de cet ouvrage, elle fait grand honneur à M. Kéraval, elle est claire, elle est exacte, et se lit sans effort ; on sait dans ce genre de travaux quelle difficulté considérable il y a pour rendre exactement en français tous les termes d'anatomie relevant d'une nomenclature autre que la nôtre ; M. Kéraval a su triompher de cet obstacle et cela avec une compétence que peu de médecins dans notre pays possèdent à un aussi haut degré. Il a de plus ajouté au livre qu'il avait entrepris de traduire une série d'annotations qui en augmentent encore la valeur scientifique et le mettent au courant des publications les plus récentes, c'est là une œuvre personnelle qui élève M. Keraval au-desus du rôle modeste qu'il s'était assigné et fait de lui non seulement le traducteur, mais aussi le continuateur de l'œuvre de Nothnagel.

NÉCROLOGIE.

Le Dr A. Dechambre.

La presse médicale française vient de faire une perte considérable dans la personne de M. le Dr A. DECHAMBRE, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Amédée Dechambre a succombé le 3 janvier 1886 à une attaque d'apoplexie, symptomatique d'une hémorrhagie cérébrale. Il était âgé de 74 ans. Depuis son internat (1833) jusqu'à sa mort, il n'a cessé de prendre une part active au mouvement scientifique, par la publication soit de mémoires originaux, soit d'articles de *critique*, de *déontologie* et de *législation médicale*, dans les *Archives de médecine*, la *Gazette médicale de Paris*, le *Bulletin clinique de Piorry*, l'*Examinateur médical*, etc , et surtout dans la *Gazette hebdomadaire* qu'il a fondée à la fin de 1853 et qu'il a dirigée jusqu'à ce jour avec une grande habileté et un véritable talent d'écrivain.

On doit aussi à l'initiative de M. Dechambre, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, commencé en 1860. C'est, croyons-nous, la plus vaste encyclopédie médicale qui ait jamais été entreprise. Dans les 68 volumes qui la composent actuellement, M. Dechambre a publié de nombreux articles : *Introductions*, *Anthracose*, *Aphonie*, *Asthénie*, *Lait*, *Langue*, *Malignité*, *Mesmérisme*...

Enfin, en 1883-1885, il a publié en collaboration avec MM. Mathias Duval et Lereboullet le *Dictionnaire usuel*

des sciences médicales, que nous avons signalé il y a quelque temps à l'attention de nos lecteurs.

Outre les mémoires sur la *pathologie*, de nombreux articles sur le *magnétisme* et le *mesmérisme*, sur les *doctrines médicales*, sur l'*organisation médicale*, l'*enseignement et l'exercice de la médecine*, M. Dechambre a publié plusieurs notes intéressantes sur l'*archéologie et les beaux-arts sous le rapport médical* (1). Ajoutons enfin que notre regretté collègue était poète à ses heures. On trouvera, sous ce rapport, divers spécimens de son talent poétique dans la *Gazette hebdomadaire* et dans le *Parnasse médical* du Dr Chéreau.

Les obsèques de M. Dechambre ont eu lieu mercredi dernier. Un grand nombre de médecins et de journalistes sont venus lui rendre les hommages que lui méritaient son talent, son honnêteté professionnelle et les services qu'il a rendus à la science médicale française.

VARIA

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 28 décembre 1885.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous soumettre un projet de décret sur l'organisation des facultés et des écoles d'enseignement supérieur, qui vient d'être approuvé par le conseil supérieur de l'instruction publique. Dans ma pensée et dans celle du conseil, ce projet, qui fait suite aux décrets du 25 juillet dernier sur la personnalité civile des facultés, est de nature à répondre, en ce qu'ils ont d'immédiatement réalisable et de compatible avec nos lois et avec les droits de l'Etat, aux vœux exprimés par les facultés lors de l'enquête ordonnée en 1883 par un de mes prédécesseurs sur l'organisation de l'enseignement supérieur.

Presque toutes les facultés, frappées des inconvénients de plus d'une sorte qui résultent pour elles et pour l'enseignement, de l'isolement où elles ont vécu jusqu'ici, ont demandé à être groupées en universités analogues à celles des autres pays de l'Europe. Je n'ai pas cru que le moment fût venu de réaliser une telle reforme. Plusieurs raisons m'ont paru s'y opposer. La première, c'est que, en France le mot d'université sert, depuis trois quarts de siècle, à désigner l'ensemble de nos institutions d'enseignement public. Constituer des universités dans l'université, avant que l'opinion se soit faite à cette idée, pourrait paraitre une atteinte a l'unité de l'enseignement national. En second lieu, une telle création serait, à bien des égards, prématurée. Des universités ne se feront pas sans que l'Etat se dépouille à leur profit de quelques-unes de ses attributions. Doit-on courir le risque d'une entreprise sur laquelle il serait difficile de revenir en cas d'insuccès, avant qu'une expérience décisive ait prouvé que les facultés possèdent vraiment les qualités multiples sans lesquelles cette vie commune qu'elles réclament serait factice et illusoire? Je ne l'ai pas pensé, et le conseil supérieur a partagé ce sentiment. Mais j'ai cru que, sans rien hasarder ni compromettre, il était possible de fournir aux facultés d'une même académie les moyens de faire l'expérience de la vie commune et de contracter des habitudes de coordination et de solidarité.

A cet effet, je vous propose de conférer au conseil général des facultés institué par le décret du 25 juillet dernier, au chef-lieu de chaque académie, toutes les attributions d'ordre pédagogique, d'ordre financier, d'ordre administratif et d'ordre disciplinaire, compatibles à la fois avec les lois existantes et avec l'individualité de chaque faculté prise à part. De la sorte, le conseil général des facultes sera vraiment l'organe commun des facultés d'un même centre académique et l'analogue du sénat academique des universités étrangères.

En même temps, en vue d'assurer le développement de la vie propre de chaque faculté, je propose d'instituer dans chacune d'elles un conseil, composé des professeurs titulaires, qui aurait toutes les attributions de la personne morale, et une assemblée comprenant tous les docteurs chargés d'un enseignement officiel, laquelle délibérerait sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement.

Le titre IV du projet est relatif aux doyens. Les attributions des doyens qui sont, à la fois, les représentants des intérêts de leurs facultés respectives et, pour certaines parties de leurs fonctions, les representants du ministre de l'instruction publique, y sont complètement déterminées. Leur nomination a lieu, sur une double liste de présentation, par le ministre, dont l'autorité se trouve ainsi sauvegardée.

Le titre V est intitulé « des professeurs. » Il contient plusieurs réformes importantes : la suppression des suppléances, le règlement des congés, un règlement pour les retraites, un autre sur les moyens de pourvoir aux besoins de l'enseignement en cas d'absence des professeurs titulaires, enfin la création des professeurs adjoints.

Toutes ces mesures sont inspirées d'une même pensée : développer dans les facultés, avec la liberté, l'esprit d'initiative et de solidarité. Il dépendra des facultés, par l'usage qu'elles feront de cette première concession, de démontrer l'utilité d'une réforme plus complète. Tel qu'il est, le projet n'en constitue pas moins un progrès important et me paraît mériter votre haute approbation.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect,

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux arts et des cultes,
RENÉ GOBLET.

Le Président de la République française. Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes; Vu le décret du 17 mars 1808; Vu la loi du 15 mars 1850; Vu le décret du 9 mars 1852; Vu la loi du 14 juin et les décrets du 22 août 1854; Vu le décret du 11 décembre 1869; Vu l'arrêté du 3 août 1879; Vu la loi du 27 février 1880; Vu le décret du 12 février 1881; Vu les décrets des 24 et 30 juillet 1883; Vu les décrets du 25 juillet 188.; Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, décrète :

TITRE Ier

DU CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS

Art 1er. — Le conseil général des facultés, institué par le décret du 25 juillet 1885 au chef-lieu de chaque académie, comprend : Le recteur, président; Les doyens des facultés, le directeur de l'école superieure de pharmacie, le directeur de l'école de plein exercice ou préparatoire de médecine et de pharmacie du département ou siège l'académie; Deux délégues de chaque faculté élus pour trois ans par l'assemblée de la faculté parmi les professeurs titulaires; Un délégué de l'école supérieure de pharmacie ou un délégué de l'école de plein exercice ou préparatoire de médecine et de pharmacie, élus dans les mêmes conditions.

Art. 2. — L'élection des délégués a lieu au scrutin secret, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas de resultat, la majorité relative suffit au troisième. En cas de partage des voix au troisième tour, est élu le professeur le plus ancien dans la faculté. Toute contestation relative aux élections est portée devant le conseil, qui en juge sans appel.

Art. 3 — Le conseil se réunit sur la convocation du président. Le président est tenu de le convoquer sur la demande écrite du tiers des membres. La demande doit énoncer l'objet de la réunion. Le conseil élit chaque année un vice-président parmi ses membres; il nomme un secrétaire; il fait son règlement intérieur.

Art 4. — Les doyens et directeurs sont chargés, sous l'autorité du recteur, d'assurer chacun en ce qui concerne sa faculté ou école, l'exécution des décisions du conseil. Toute décision du conseil contraire aux lois et règlements est déférée immédiatement par le recteur au ministre de l'instruction publique. L'exécution en est suspendue jusqu'à ce que le ministre ait statué.

Art. 5. — Tout membre du conseil a le droit d'émettre des vœux sur les questions relatives à l'enseignement supérieur. Les vœux sont remis en séance, par écrit, au president; il en est donné lecture, et, dans la séance suivante, le conseil décide s'il y a lieu de délibérer.

Art. 6. — En matière d'enseignement, le conseil général a pour fonction de veiller au maintien des règlements d'études et d'établir, entre les cours et exercices des différentes facultés et écoles, la coordination nécessaire au bien des études et aux intérêts des étudiants. A cet effet, il vise les programmes des cours et conférences de chaque établissement et s'assure qu'ils contiennent les matières exigées pour les examens; il arrête et publie, avant le 1er août, le tableau général des cours des divers établissements pour l'année suivante.

Art. 7. — Le conseil général propose au ministre les règlements de la bibliothèque universitaire et, s'il y a lieu, les différentes sections de la bibliothèque. Les bibliothécaires sont nommés par le ministre.

Art. 8. — Le conseil général arrête les règlements des cours libres et autorise ces cours après avis de la faculté ou école intéressée.

Art. 9. — Lorsqu'une chaire devient vacante, le conseil est appelé a donner son avis, après la faculte ou école intéressée, sur le maintien, la suppression ou la modification de cette chaire.

(1) Entre autres une note intitulée : *De quelques marbres antiques concernant des études anatomiques*, en collaboration avec M. Charcot.

Art. 10. — Le conseil délibère sur les projets du budget présentés par chaque faculté et école et sur les comptes administratifs des doyens et directeurs, à l'exception des budgets sur fonds de concours. Le conseil propose chaque année au ministre, à la fin de l'année scolaire, la répartition entre les différentes facultés et écoles de fonds mis à leur disposition par l'Etat pour les services communs. Les services communs comprennent : la bibliothèque universaire, les collections, l'éclairage et le chauffage, les frais matériels d'examens, l'entretien du mobilier appartenant à l'Etat. Il répartit entre les budgets sur fonds de concours de chaque faculté ou école les dons, legs et subventions affectés à des services communs.

Art. 11. — Le conseil exerce, en ce qui concerne les étudiants des facultés et des écoles d'enseignement supérieur de l'Etat, les attributions disciplinaires conférées aux facultés par les décrets des 30 juillet 1883 et 28 juillet 1885.

Art. 12. — Les dispositions du décret du 30 juillet 1883 relatives aux pénalités et à la procédure dans les affaires justiciables des facultés deviennent applicables au conseil général. Toutefois le recteur est substitué au doyen ou directeur quant à l'exercice de l'action disciplinaire et à l'information. Il saisit le conseil ; il peut déléguer un de ses membres pour procéder à l'information.

Art. 13. — Toutes les dispositions des décrets des 30 juillet 1883 et 28 juillet 1885 demeurent applicables aux établissements qui ne sont pas représentés au conseil général.

Art. 14. — Le conseil général adresse chaque année au ministre un rapport sur la situation des établissements d'enseignement supérieur et les améliorations qui peuvent y être introduites.

Art. 15. — Le conseil général prend place en tête du corps académique dans les cérémonies publiques. Le vice-président prend la droite du recteur. (*A suivre*).

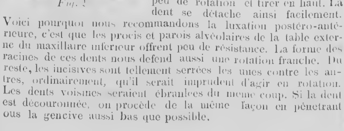
Des incisives, canines et prémolaires inférieures.

Pour faciliter au médecin praticien, ses moyens d'action, et ne le point encombrer d'instruments superflus, nous avons cherché dans tout l'arsenal chirurgical du dentiste, un davier, qui pût s'adapter indistinctement à toutes ces dents. Celui que nous avons choisi a les branches et les mors courbés et articulés, de telle sorte que l'opérateur peut parfaitement, à son aise et sans crainte de léser les autres dents de son patient, pratiquer l'extraction de l'une quelconque de ces dents. Les mors sont suffisamment minces pour saisir les incisives, et suffisamment forts pour procéder à l'avulsion des canines et prémolaires Chacune de ces dents, quoique à racine unique, et pouvant être extraites avec le même instrument, ne demandent cependant pas à être extirpées de la même façon. Le davier dont il est question est représenté fig. 2.

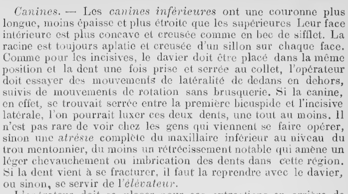
Fig. 2

Maintenant, quelques détails sur les caractères anatomiques de ces différentes dents.

Incisives.— Les incisives inférieures sont moins larges que les supérieures. Leur racine aplatie de chaque côté présente un sillon dans le sens de sa longueur. Les centrales inférieures sont les plus petites de toutes les dents. Leurs racines plus petites que celles des latérales. Leur couronne est aussi moins large et moins haute. Le bord incisif est toujours plus rectiligne que celui des latérales. Quelles que soient les incisives à extraire, il faut prendre son davier d'aplomb dans la main, le pouce entre les deux branches, puis, relevant suffisamment la main le long de la face du patient, introduire les mors jusqu'au collet de la dent. Faire en sorte que les extrémités des mors soient sur le même plan, puis faire un mouvement en dehors avec tant soit peu de rotation et tirer en haut. La dent se détache ainsi facilement.



Voici pourquoi nous recommandons la luxation postéro-antérieure, c'est que les procès et parois alvéolaires de la table externe du maxillaire inférieur offrent peu de résistance. La forme des racines de ces dents nous défend aussi une rotation franche. Du reste, les incisives sont tellement serrées les unes contre les autres, ordinairement, qu'il serait imprudent d'agir en rotation. Les dents voisines seraient ébranlées du même coup. Si la dent est découronnée, on procède de la même façon en pénétrant sous la gencive aussi bas que possible.



Canines. — Les *canines inférieures* ont une couronne plus longue, moins épaisse et plus étroite que les supérieures Leur face intérieure est plus concave et creusée comme en bec de sifflet. La racine est toujours aplatie et creusée d'un sillon sur chaque face. Comme pour les incisives, le davier doit être placé dans la même position et la dent une fois prise et serrée au collet, l'opérateur doit essayer des mouvements de latéralité de dedans en dehors, suivis de mouvements de rotation sans brusquerie. Si la canine, en effet, se trouvait serrée entre la première bicuspide et l'incisive latérale, l'on pourrait luxer ces deux dents, une tout au moins. Il n'est pas rare de voir chez les gens qui viennent se faire opérer, sinon une *atrésie* complète du maxillaire inférieur au niveau du trou mentonnier, du moins un rétrécissement notable qui amène un léger chevauchement ou imbrication des dents dans cette région. Si la dent vient à se fracturer, il faut la reprendre avec le davier, ou sinon, se servir de l'*élévateur*.

L'opérateur doit se placer pour ces extractions en arrière de l'opéré pour le côté droit, et à droite et un peu en avant pour le coté gauche, en soutenant solidement le maxillaire de sa main gauche et la tête du patient appuyé sur la poitrine, s'il est seul.

Dimensions moyennes des incisives inférieures.

Centrales.		*Latérales.*	
Hauteur	0^m.008	Hauteur	0^m,009
Largeur	0^m,005	Largeur	0^m,006
Racines	0^m,013	Racines	0^m,014

Canines inférieures. — Hauteur. . . . . 0^m,012.
Largeur. . . . . 0^m,007.
Racine . . . . . 0^m,013.

Prémolaires inférieures. — Dimensions moyennes.

Hauteur. . . . . 0^m,008.
Largeur. . . . . 0^m,006.
Racine . . . . 0^m,014.

Ces dents présentent deux cuspides en leur couronne. Moins saillants que leurs similaires supérieurs, ces cuspides sont aussi séparés par une rainure moins profonde, et sur un même plan, l'extérieur un peu plus bas que l'intérieur. Ce dernier est plus mousse. Les racines des prémolaires inférieures sont ordinairement uniques, rondes, et ne présentent qu'un petit sillon. Nous trouvâmes cependant des racines avec des divisions accentuées depuis le collet jusqu'à l'extrémité qui se terminait comme quelquefois les racines des 2es bicuspidées supérieures, en éventail, ou mieux en nageoire caudale de poisson.



Fig. 3.

Pour extraire les bicuspides inférieures, le manuel opératoire est sensiblement le même que pour enlever les canines, même position de l'opérateur, même position de main. Il y a cependant une légère difficulté qui peut surgir. Lorsque l'opérateur applique son davier, il le sent glisser très rapidement jusqu'à la gencive. Il peut, s'il n'est expérimenté, se laisser abuser par la résistance de celle-ci, s'il ne se rappelle que la forme de la couronne des bicuspides ne s'en va se rétrécissant rapidement de la face triturante au collet. S'il déploie de la force alors pour ébranler la dent à extraire, il a toutes les chances de la briser. Il faut donc que les deux mors du davier pénètrent bien sous la gencive, et même en appuyant fortement tout en faisant des mouvements de rotation, il est fréquent de voir la dent chassée de l'alvéole, par cette manœuvre, faire irruption entre l'articulation des mors du davier. Ordinairement, en se basant sur la conicité des racines, un ou plusieurs mouvements de torsion aidés des mouvements de latéralité suffisent pour amener la dent

en dehors de son alvéole. Arrive-t-il une fracture, le même procédé est à employer à nouveau, à moins d'avoir recours à l'*élévateur*. Nous dirons, en outre, que ce davier qui peut extraire ces trois sortes de dents, peut aussi servir à extirper toutes les racines des dents inférieures, avec un peu d'habitude s'entend.

La figure 3 représente une prémolaire inférieure saisie par le davier tenu dans la main de l'opérateur.

Hospice de Bicêtre (*Concours*).

En 1878, le Conseil général de la Seine, sur le rapport de M. Bourneville, décida qu'il y avait urgence extrême à mettre fin à la situation déplorable dans laquelle se trouvait la section des enfants de Bicêtre et que, en conséquence, il fallait séparer les enfants des adultes et créer pour eux une *section spéciale* et que, celle-ci construite, il faudrait dédoubler le service médical, confier les adultes à un médecin et les enfants à un autre médecin. Depuis la fin de 1879, M. Bourneville a été chargé de la section commune ; il n'a cessé de poursuivre la réalisation du vote du Conseil général. Dans sa séance du 31 décembre, le Conseil municipal a invité l'Administration de l'Assistance publique : 1° à dédoubler le service ; 2° à procéder à la *nomination par le concours d'un nouveau médecin de Bicêtre* ; 3° à faire ce concours dans les premiers mois de cette année ; 4° à nommer de suite un interne *titulaire* et un interne provisoire. Nous avons le ferme espoir que M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, s'empressera de réaliser les vœux du Conseil.

Concours de l'Externat.

Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris est terminé. Les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Guillemain, Boulloche, Avragnet, Parmentier, Legros, Guyon, Rénon, Luzet, Mlle Klumpke, M. de Bayle.

11, Daurios, Faure, Renault, Prost, Duchâne, Noguez, Mantel, Mathieu-Sicaud, Alemdor, Coce.

21. Arbel, Glover, Cherbuliez, Wallich, Arron, Barré, Lafourcade, Héan, Fournier, Buscarlet.

31. Bonneau, Déhu, Bataille, Baillet, Hautecœur, Dusseaud, Gautier (Henri-Nicolas), Louis, Melchior-Robert, Michaut.

41. Mlle Edwards, MM. Dautigny, Leery, Rioereux, Bouquet, Regnault, Lion, Mariage, Lacavalerie, Chantre.

51. Goupil, Hannion, Lorentz, Ribierre, Boucher, Niclot, Gommier, Dutremblay, Gilis, Gauthier (Jean-Arthur).

61. Nivet, Lambert, Jaworowski, Bataille (Henri), Caussade, Conchon, Danjou, Luyt, Breton, Calbet.

71. Duchaussoy, Durand, Guitton, Laromble, de Pasquier, Salle, Triboulet, Weinstein, Measnier, Pineau.

81. Puech, Rancurel, Robert, Calot, Bataillard, Mosny, Garnier, Ribet, Bardol, Martin (Paul-Anne).

91. Malapert, Meugy, Turlure, Sottekis, Postarman, Millet, Camescasse, Beclet, Appert, Lebon.

101. Hauser, Demetriade, Raoult, Breda, Baumgarten, Willemin, Morin, Pilliet, Roque, Lavocat.

111. Cartier, Benoit, Turbran, Richerolle, Repin, Millard, Martin (Jean-Clément), Martin (Émile), Marage, Lucas.

121. Lesur, Leblond, Inan, Helary, Ehrhardt, Darrox, Chipault, Cornet, Jacquinot, Gavilan.

131. Charrier, Collin, Veremustre, Schcherbertcholf, Soupault, Soudrille, Sabouraud, Rossignol, Renaud, Pouloux.

141. Picot, Perin, Ile, Payrau, Merlin, Mercier, Lauth, Huguenin, Henry, Gaudard, Gasselin.

151. Gache, Digoy, Chausse, Christen, Chapdelaine, Carvaphullis, Carpentier, Monvaldt, Leskine, Brisset.

161. Dulom, Haction, Guillet, d'Hotman de Villiers, Joliot, Lesieur, Loysel, Mandroux, Mony, Mousnand.

171. Mouton, Mugneret, Pouzard, Veillon, André, Archambault, Bourgeois, Chauveau, Delahousse, Duclos.

181. Comtois-Sulfit, Sandelkowenthal, Guesdel, Vacher, Albesso, Chamozzi, Baggio, Pannetier (Louis-Jean-Baptiste), Roques.

191. Perruchet, Laporte, Dauvergne, Andrieux, Dentu, Cornet, Orrillard, Destrez, Claret, Humbert.

201. Mlle Kirzenstein, MM. d'Hotel, Furet, Augay de la Dure, Amaresco, Bobinet, Cancin, Martin (Louis), Levêque, Schmitt.

211. Poirier, Mory, Szczypiorski, Gaimes, Larrousine, Godivier, Ter-Zakharianz, Agut, Bourdon, Vinaver.

221. Tellorier, Bobel, Prevot, Paulette, Lefevre, Janet, Gouveur, Falcoz, Bertrand, Athanassio.

231. Gresset, Fouriex, Doret, Bosch, Ythier, Targowla, Pannetier (Pierre-Marie), Barbarat, Gottschalk, Lunot.

241. Florand, Arnu, Perriot, Mordelet, Brauman, Parisot, Moses, Jacob, Ménard, Dacquet.

251. Thérémin, Planton, Oulié, Haralambie (Michel), Greiner, Gisclard, Breteau, Duma, Chesseret, Bourgarel.

261. Leguy, Grunberg, Gazard, Haralambie (Demètre), Maerle, Kocher, Duprat, Mlle Levine, MM. Handjian, Garrigue.

271. Trékaki, Pellissier, Narodetzki, Fontan, Dardel, Hue, Barthélemy, Frœhliger, Salmon, Petit (Henri-Charles).

281. Cagny, Besins, Doger-Speville, Foureur, Larger, Petit (Jean-Baptiste), Boularan.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 4. — Médec. opér. Epreuve pratique : MM. Lannelongue, Le Dentu, Terrillon, — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Béclard, Hayem, Hanriot. — 2e *de Doctorat*. 2e *Série* : MM. Vulpian, Gautier, Reynier. — 2e *de Doctorat*. 3e *Série* : MM. Fournier, Gariel, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Guyon, Pinard. — 3e *de Doctorat*, Officier de santé (Charité) : MM. Charcot, Damaschino, Rémy.

MARDI 5. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Mathias-Duval, Duguet, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie : MM. Pajot, Le Fort, Campenon. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Ball, Cornil, Raymond.

MERCREDI 6. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Fournier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guyon, Le Dentu, Pinard. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Damaschino, Dieulafoy, Landouzy.

JEUDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Mathias-Duval, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Ball, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Richet, Richelot ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Duguet, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Peter, Grancher, Hallopeau.

VENDREDI 8. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Lutz, Reynier. — 3e *de Doctorat*, 1re partie : MM. Guyon, Le Dentu, Terrillon. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Fournier, Dieulafoy, Joffroy.

SAMEDI 9. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Debove. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Richet, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — oral, 2e *Série* : MM. Le Fort, Panas, Bouilly ; — oral, 3e *Série* : MM. Pajot, Duplay, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 3e Officier (Charité) : MM. Jaccoud, Duguet, Campenon.

LUNDI 11. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Tarnier, Le Dentu, Second.

MARDI 12. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Mathias-Duval, Duguet, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Duplay, Charpentier. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Ball, Cornil, Raymond.

MERCREDI 13. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Le Dentu, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, A. Robin.

JEUDI 14. — 2e d'Officier de santé : MM. Cornil, Panas, Campenon. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Bouilly.

VENDREDI 15. — 1er *de Doctorat* : MM. Damaschino, Lutz, Hanriot.

SAMEDI 16. — 2e d'Officier de santé : MM. Le Fort, Ball, Humbert. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Peyrot. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Grancher, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 4. — M. Gilles de la Tourette. Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes. — *Jeudi* 7. — M. Cognet. Considération sur les hémorrhagies profuses et spontanées du fond de l'œil chez les adolescents. — M. Hennocque. De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. — *Vendredi* 8. — M. Francon. De l'ostéomyélite médiane ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. — M. Dayot. Contribution à l'étude de la périnéorrhaphie. — M. Argellier. Note à propos des amputations de jambe.

Jeudi 14. — M. Chambor. Conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies avec épanchement. — M. Chevallier (Arthur). Traitement de la pustule maligne par les incisions au

thermocautère. — M. Chatellier. Des tumeurs adénoïdes du pharynx. — M. Sabatier. Sur les cardiopathies artérielles — *Vendredi* 15. — M. Collin (Eugène). Contribution à l'étude de la sclérodermie. — M. Mercier. Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis, et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches. — *Samedi* 16. — M. Dubrac. Des températures morbides locales dans la colique hépatique. — M. Ribail. Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale. Formes cliniques de l'urémie chronique. — M. Soto. La névralgie utérine, ses dangers, son traitement. — M. Beal. Etude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite antérieure suppurée).

Enseignement médical libre.

Clinique libre d'accouchement. Inauguration à la pratique. — Leçons particulières et opérations sur le mannequin. Accouchements suivis au lit de la femme depuis le commencement du travail. Vestiture de l'enfant. Visites consécutives. S'adresser à M. le Dr Verrier, 129, rue Saint-Honoré, de 1 à 2 heures. Cours permanents d'accouchements, préparation aux examens. S'inscrire d'avance.

NOUVELLES

Natalité à Paris. - Du dimanche 27 décembre 1885 au samedi 2 janvier 1886, les naissances ont été au nombre de 1168 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433; illégitimes, 158 Total, 591. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 162. Total, 577.

Mortalité à Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 décembre 1885 au samedi 2 janvier 1886, les décès ont été au nombre de 1025, savoir : 512 hommes et 513 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8 F. 20. T. 28. Variole : M 3, F. 1, T. 4. — Rougeole M. 9, F. 12, T. 21. - Scarlatine : M. 2. F. 1 T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 4 T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 23 F. 23, T. 46. - Dyssenterie : M 1, F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 2 T. 6 — Infections puerpérales : 7 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 19 F. 20, T. 39. — Phthisie pulmonaire . M. 106, F. 63 T. 169 — Autres tuberculoses : M. 17, F. 13. T 30. - Autres affections générales : M. 29, F. 33 T. 62 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 48, T. 65 — Bronchite aiguë : M 19 F. 13 T. 32 — Pneumonie : M. 57, F. 42, T. 99. — Athrepsie : M 18, F. 22. T. 40. — Autres maladies des divers appareils . M 157, F. 176, T. 333. — Après traumatisme : M. ., F. ., T .. — Morts violentes . M. 14 F 9. T. 23. — Causes non classées M 6 F. 4. T 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28; illégitimes, 27. Total : 55. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 15. Total : 37.

Concours d'agrégation — Nouvelles questions données à l'épreuve orale de trois quarts d'heure : *Goutte articulaire aiguë*, MM. Parisot et Chauffard ; *rein cardiaque* : MM. Bonnet et Dejerine, *la maladie de Parkinson*, Colin et Balzer.

Concours de l'internat des hôpitaux de Paris. — Les questions orales posées aux dernières séances de la seconde épreuve ont été : *Trajet inguinal, symptômes et traitement de la hernie inguinale étranglée. Artère poplitée, symptômes et diagnostic de l'anévrysme artério-veineux; veine cave inférieure, symptômes et diagnostic de la péritonite chronique tuberculeuse ; muscles intrinsèques du larynx, complications de la coqueluche.*

École de médecine et de pharmacie à Alger. — Le concours qui devait s'ouvrir le 3 février 1886, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger, est reporté au 15 mars 1886. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — M. Moynier, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le 1er juillet 1886, devant ladite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers s'ouvrira, le 15 juillet 1886, devant ladite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. Bousquet, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et obstétricales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon. — M. Defroye, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, jusqu'à la fin du concours ouvert pour pourvoir à cet emploi.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira, le 25 juin 1886, à ladite École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Un concours s'ouvrira le 1er juillet 1886 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant à la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

École de médecine de Rouen. — Un examen s'ouvrira le 1er juillet 1886 devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Rouen.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. Lamic, pharmacien supérieur de 1re classe, chargé du cours d'histoire naturelle médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale à ladite École.

Exercice de la médecine. — Arrêté relatif à l'exercice de la médecine et de la pharmacie dans le département de la *Haute-Saône* et le *territoire de Belfort*. Par décret du 24 décembre sur le préavis du Conseil supérieur de l'instruction publique, les diplômes d'officier de santé et de pharmacien, de sage-femme et d'herboriste de 2e classe, obtenus devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, pour le département de la Haute-Saône, sont déclarés également valables pour l'exercice de la médecine et de la pharmacie dans l'étendue du territoire de Belfort.

Faculté de médecine de Paris. — Tableau de répartition des thèses (Arrêtés ministériels des 21 juillet 1882, 25 octobre 1883 et 1er novembre 1885). — Art. 1. Le nombre des exemplaires de thèses, dont le dépôt par le candidat est obligatoire, reste fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1885-1886. — Art. 2. La répartition des exemplaires déposés aura lieu conformément aux tableaux annexés à l'arrêté du 21 juillet 1882, sur lesquels le nom de l'Université de Groningue devra être ajouté aux noms déjà introduits par l'arrêté du 25 octobre 1883; ces tableaux seront affichés selon les prescriptions du premier de ces arrêtés. — 1° Service de l'Administration : Ministère de l'Instruction publique, 2, Vice-Recteur, 1 ; 3 exemplaires. 2° Service de l'Enseignement et de la Faculté. Personnel de la Faculté, 70 ; Secrétariat, 1, Bibliothèque de la Faculté, 4 ; Bibliothèque de l'Université, Paris ; 176 exemplaires. 3° Service des échanges avec les Facultés françaises, Alger compris, 6 exemplaires. 4° Service des échanges avec les Universités étrangères : Bâle, Berlin, Bonn, Breslau, Copenhague, Dorpat, Erlangen, Fribourg, Gand, Genève, Giessen, Gœttingen, Greifswald, Groningue, Halle, Heidelberg, Iéna, Kœnigsberg, Kiel, Leipzig, Leyde, Liège, Lund, Marbourg, Munich, Munster, Oxford, Rostock, Strasbourg, Tubingen, Upsal, Utrecht, Wurzbourg, Zurich, 34 exemplaires. 5° Concessions diverses : Écoles secondaires de médecine, 18 ; Écoles navales de santé, 3 ; École d'application du Val-de-Grâce, 1 ; Académie nationale de Médecine, 1 ; Conseil de Santé de l'Armée, 1 ; Bibliothèque nationale, 1 ; Bibliothèque royale de Bruxelles, 1, 26 exemplaires. 6° Réserve d'exemplaires à la disposition du Doyen, 19 exemplaires. Total du nombre d'exemplaires, 164 exemplaires.

Faculté de médecine de Paris. — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, du 16 décembre 1885 au 31 octobre

1886, à M. Mergier, préparateur des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris. M. BOREL, docteur en médecine, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Mergier, des fonctions de préparateur des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé de quatre mois, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à partir du 1er janvier 1886, à M. Muchembled, aide-préparateur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. M. TOUSSAINT, aide-préparateur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Muchembled, des fonctions d'aide-préparateur d'histologie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — Un congé d'inactivité est accordé, pour l'année scolaire 1885-1886, à M. Dufour, préparateur à la Faculté des sciences de Grenoble.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LELOIR, docteur en médecine, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. GOURRET, docteur ès-sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Charbonnel-Salle, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé d'inactivité, sans traitement, est accordé, pendant l'année scolaire 1885-1886, à M. Chavanon, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. RÉMOND (Antoine) est nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Nous apprenons que M. VULPIAN a donné sa démission de médecin des hôpitaux.

COMMISSION DE SURVEILLANCE DES ASILES DE LA SEINE. — Par arrêté en date du 31 décembre, M. Poubelle, préfet de la Seine, vient de nommer pour 5 ans, membres de la commission M. Rousselle, président du Conseil général, et M. Caron, membre sortant.

LABORATOIRE A LA CHARITÉ. — Les internes en pharmacie de la Charité ont adressé au conseil municipal une pétition tendant à la création d'un laboratoire dans cet hôpital. — Cette pétition a été prise en considération et renvoyée à la commission du budget.

PHARMACIENS DES HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination à deux places de pharmaciens en chef, des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Leger et Grimbert.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 11 janvier 1886, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. — ORDRE DU JOUR : I. — Suite de la communication de M. Brouardel sur l'empoisonnement par la colchicine. II. — Communication de M. Butte, sur les empoisonnements par les drastiques. III. — Analyse par M. Bouchereau d'une brochure de M. Closmadeuc, sur le procès des sorciers de Lorient. IV. — Rapport de M. Brouardel sur un cas de responsabilité médicale. V. — Rapport de M. Descoust sur un cas d'asphyxie par strangulation. VI. — Rapport verbal par M. Masbrenier.

LÉGION D'HONNEUR. — Décorations à l'occasion du 1er janvier : chevaliers : M. le Dr Grancher (Paris); Dr Chacuncey (Alexandrie), P. Gibier, (de Paris) ; Lafitte ; Dr Bedard, médecin des chemins de fer de l'Etat; Drs Gineu, Geschwind, Clément, Evrard, Guilhem, Millet, Penot, Charbonnier, Cronard, Laccasagne, Benoit, Darsicaseve, Nicaud, Geniaux, Davignon, Poignon, Costial, Klein, Longye, médecins-majors ; Diane, médecin de marine ; Tourangin, Barlemont, Girard (Riom). — Officiers : Dr Rouvier, médecin en chef de la marine ; Dr Geoffroy, médecin de 1re classe, Drs Mathis, Poncet, Mathieu, médecins principaux, Drs Kopf, Noc, Berger, médecins-majors. — Delcaux, pharmacien principal de 2e classe. Bizot, vétérinaire principal de 1re classe. — Commandeur : Dr Hattute, médecin principal de 1re classe. — Chevaliers : MM. Barret, Ohrard, Barallier, Delrieu, Range, Pichon, Fleury, pharmacien principal de 1re classe, Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, Vatier, médecin-chef de l'hôpital de Verdun, Bondet (Lyon), Cornevin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. Pulliat, professeur à l'institut agronomique. Balland et Mouillade, pharmaciens-majors, Fabrice, médecin major de l'armée territoriale. — Officier : M. Baillet, directeur professeur à l'école vétérinaire de Toulouse. Dr Commenge, médecin du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement à Paris. — Commandeur : M. Béclard, doyen de la Faculté de Paris.

RÉCOMPENSES. — Aux termes d'un rapport présenté par le ministre de l'intérieur, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteurs ci-dessous, dont la belle conduite a été particulièrement remarquée lors de la récente épidémie cholérique : Médaille d'or de 1re classe, Dr Charvet (Saint-Alban-sous-Sampzon, (Ardèche); médaille d'argent de 1re classe, Dr Prunac (Mèze, Hérault), Dr Magne (Mèze, Hérault), M. Berruyer, médecin de la police municipale à Nantes (service des incendies).

SOCIÉTÉ DE STATISTIQUE. — MM. les docteurs Broch et J. Bertillon sont nommés membres du conseil de la Société de statistique de Paris.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de « *La Rassegna di scienze mediche* » qui se publie à Modène, avec la collaboration de MM. Bergonzini, Bruni, Generali, Nasi, Saltini et Tonini.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr HIRTZ est nommé médecin suppléant du personnel enseignant des écoles maternelles et primaires communales du département de la Seine (1re circonscription).

ERRATA. — Dans le no 51 du *Progrès médical*, p. 517, nous avons par erreur indiqué M. *Dartière*, comme l'auteur de l'article sur la déchirure de l'aponévrose fémorale antérieure, c'est E. TARTIÈRE qu'il faut lire ; — dans le no 52 (26 décembre, 1882), p. 536, une erreur semblable a été commise, les recherches expérimentales sur le tremblement sont de M. PASTERNATZKY et non de *M. Gasternatzky*.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr LE BRET, chevalier de la Légion d'honneur, ancien inspecteur des eaux de Barèges, ex-président de la Société d'hydrologie de France, adjoint de Levallois-Perret, républicain convaincu. — M. le Dr FAUCONNEAU-DUFRESNE (de Chateauroux), « l'éminent spécialiste des maladies des pancréas », affirment les journaux politiques. — Le Dr DROUET (de Paris).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1885 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE, BUDOR, DUBARRY, LEFLAIVE et BRICON. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1884.** — Un volume in-8 de LXXVIII-188 pages, avec 11 figures, 1 plan et 5 planches. — Prix : 6 fr ; pour nos abonnés, prix : 4 fr.

Renseignements bibliographiques sur la laïcisation de l'Assistance publique.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1884 et 1885). Deux brochures in-8. — Prix de chacune de ces brochures, 75 c. Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8 de 23 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** Discours prononcés en 1884 et 1885). Deux brochures in-8. — Prix de chacune de ces brochures, 75 c. Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. No 3. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 JANVIER 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

De l'intervention chirurgicale dans la tuberlose testiculaire.

Leçon de M. le Dr TERRILLON, professeur agrégé de la Faculté. Recueillie par M. le Dr A. ROUTIER.

Messieurs,

A propos de plusieurs malades couchés dans la salle, nous présentant divers types de tuberculose testiculaire, je veux aborder devant vous la question toujours délicate de l'intervention chirurgicale en pareil cas.

En effet, à côté des indications et contre-indications opératoires qu'on est habitué à rencontrer dans les diverses maladies, il surgit ici une question d'un ordre tout particulier qui se rattache à la conservation ou à la suppression de la glande séminale, et vous n'êtes pas sans savoir quelle est son importance au point de vue psychique. Tous les auteurs s'en sont préoccupés, le professeur Verneuil, entre autres, dont je vous exposerai plus loin la manière de faire, met tout en œuvre pour conserver à ses malades ce qu'il a qualifié du nom caractéristique de testicule moral.

Ce n'est pas à dire, comme vous pourriez le croire, que je veuille préconiser la castration à outrance pour tous les cas; loin de moi cette pensée; du reste, ici comme dans beaucoup d'autres affections chirurgicales chroniques, doublées d'un état général plus ou moins grave, il faut savoir conformer sa manière de faire aux différentes modalités que l'on rencontre chez les divers sujets.

Nos malades vous seront en cela d'un bon enseignement ; ils ont la même maladie, mais à des degrés divers et vous allez voir vous-mêmes qu'il serait absurde de songer à leur imposer à tous le même traitement.

Tout d'abord, rappelez-vous ce jeune homme de 31 ans qui, avec toutes les apparences d'une bonne santé, est venu nous consulter pour une grosseur qu'il portait au testicule gauche : je vous ai fait remarquer en l'examinant devant vous, que la tuméfaction siégeait dans l'épididyme et l'avait envahi tout entier aussi bien du côté de la tête que du côté de la queue; le cordon qui s'en détachait paraissait, à son origine, noueux, bosselé; la pression était un peu douloureuse à son niveau, la tuméfaction principale était elle-même bosselée, irrégulière, sa consistance était rénitente, presque dure, mais partout uniforme.

Le testicule proprement dit était ou paraissait sain, libre dans sa vaginale, mais comme enfoui dans cette tuméfaction plus dure qui le débordait de toutes parts.

La palpation attentive de l'autr[illegible] nous a fait découvrir du côté de la tête de l'é[illegible] grosseur du volume d'une petite noisette [illegible] au[x] investigations du malade. La vaginale, [illegible] cordon de ce côté paraissaient inden[illegible]

Vous m'avez vu ensuite pratiquer le toucher [illegible] dans le but d'explorer la prostat[e] et les vésicul[es] [sémi]nales; c'est une manœuvre de [illegible] sans laquelle il vous est imposs[ible] [illegible] pronostic et de fixer votre intervention opératoire qui en dépend.

Dans le cas particulier, les vésicules séminales étaient dures, comme injectées au suif, et cela des deux côtés; la prostate ne paraissait pas grosse et je n'ai pu y sentir aucune nodosité.

L'état général de notre malade, vous disais-je, paraît très bon, l'examen de son appareil pulmonaire ne nous a rien appris; cependant, il est très susceptible au froid, et peu d'hivers se passent depuis sa sortie du régiment sans qu'il ait une ou deux bronchites; il éprouve depuis quelques jours des envies d'uriner fréquentes et son urine est trouble; mais, chose plus grave, sa mère est morte jeune, d'une bronchite mal soignée, que nous pourrons, je crois, sans trop nous avancer, qualifier de tuberculeuse.

Ceux d'entre vous qui commencent leurs études, vont sans doute être étonnés de me voir leur présenter en même temps un autre malade, garçon de 27 ans, tuberculeux au dernier degré, par ses poumons, par ses intestins, par ses articulations et dont le scrotum criblé de fistules montre l'aboutissant de la tuberculose suppurée de l'épididyme et du testicule; malheureux qui ressemble plus à un moribond qu'à un malade. C'est à dessein, cependant, que j'ai rapproché ces deux sujets qui, pour un observateur superficiel, sembleraient être très différents au point de vue du pronostic et du traitement : c'est qu'en effet, Messieurs, ils sont aussi gravement atteints l'un que l'autre, ce n'est qu'une question de temps, et la chirurgie se trouve désarmée en face de chacun d'eux.

Je n'insisterai pas sur le dernier de ces malades : la lésion testiculaire est bien secondaire chez lui et il ne viendra jamais à l'esprit d'aucun chirurgien de faire une tentative quelconque de ce côté.

Malheureusement il doit en être de même vis-à-vis du premier, il n'a pas d'abcès au niveau de ses testicules, c'est vrai, mais ses vésicules sont prises, sa vessie commence à être malade. Aussi toute intervention opératoire du côté de ses bourses serait forcément incomplète, et pourrait en outre avoir le fâcheux résultat de provoquer une poussée du côté des organes profonds déjà atteints qui sont inaccessibles à toutes tentatives d'ablation.

Ce malheureux garçon est très gravement menacé, la marche de cette affection est fatale, et nous ne pouvons lui conseiller que des palliatifs, un régime tonique et reconstituant, l'huile de foie de morue, les iodures, etc., etc.

Fort heureusement pour les malades, la tuberculose testiculaire se présente aussi sous d'autres formes, elle est en effet localisée, assez souvent, au testicule ou à l'épi[didy]me, et c'est dans ces cas que le chirurgien en in[terve]nant peut rendre de vrais services à ses malades. [Je] sais bien que j'aborde ici une question brûlante [qui] a soulevé de vives discussions entre les divers chi[rur]giens et à propos de laquelle le dernier mot n'est [pas] encore dit.

[L]es uns proscrivent toute intervention active qui, [d'a]près eux, serait non seulement inutile, mais nuisi-

ble, et capable de provoquer une poussée générale de tuberculose. D'autres, partant de ce principe qu'un foyer tuberculeux est une source d'empoisonnement pour l'organisme, veulent qu'on l'enlève dès qu'il est reconnu. Je vous cite les deux extrêmes, vous trouverez d'ailleurs des défenseurs de toutes les opinions intermédiaires; malheureusement je n'ai pas à ma disposition des documents assez précis pour pouvoir tracer une règle de conduite unique; il faut obéir aux indications tirées de différents cas. Ce sont ces indications que je veux tâcher de vous faire connaître en vous donnant en même temps les moyens d'y obéir.

Il n'est pas toujours question, du reste, de pratiquer la castration; on peut, dans certains cas, se contenter d'interventions plus restreintes qui n'ont d'autre but que de détruire les manifestations tuberculeuses tout en respectant ou faisant semblant de respecter un organe aussi important que le testicule.

Dans certains cas, il n'existe que quelques nodosités disséminées soit dans l'épididyme, soit du coté de l'origine du canal déférent, cela d'un seul côté ou des deux côtés à la fois; bien entendu je vous conseille de vous abstenir de toute intervention chirurgicale; il est très probable, du reste, que toute opération serait refusée en pareil cas par des malades que l'état de leurs testicules préoccupe à peine.

Mais à un degré plus avancé, ce ne sont plus des nodosités dures, c'est un abcès que vous avez sous les yeux: le laisserez-vous s'ouvrir tout seul de peur, comme le disent quelques chirurgiens, qu'on ne vous accuse plus tard d'avoir provoqué l'établissement de la fistule presque fatale? Je crois qu'il faut être plus hardi, que le pus, siégeât-il sur le testicule, doit être évacué, à vous de faire vos réserves en formulant votre pronostic.

Qu'il y ait un abcès, qu'il y ait une fistule, si le cordon, la vésicule et la prostate sont indemnes, la conduite à tenir est à peu près la même.

Nous avons dit qu'il faudra ouvrir l'abcès; faudra-t-il, comme le conseille Bourgeois, enlever une rondelle de la peau du scrotum dans le but d'évacuer toute la matière tuberculeuse, et d'avoir une plaie plate afin d'éviter la fistule? Je crois que la pratique n'a pas, en ce point, confirmé la théorie. Vous devrez vous contenter d'ouvrir l'abcès, d'établir un bon drainage soit par un simple drain debout, comme on est habitué à le placer depuis la vulgarisation du pansement de Lister, soit par un drain en anse comme le conseillait Chassaignac comme l'a plus récemment défendu M. Hugonnet dans sa thèse 1877. Ce mode de traitement est applicable aux abcès et aux fistules et certains auteurs ne craignent pas de soutenir que toute intervention doit se borner là, car, disent-ils, on voit des malades chez lesquels ces fistules se tarissent presque spontanément après une durée plus ou moins longue.

Cela est vrai dans certain cas, mais sachez aussi qu'il y a souvent des récidives : à coté d'une fistule guérie dont je vous ai fait sentir le trajet induré qui reliait la peau du scrotum à l'épididyme sous forme d'un cordon dur, vous avez pu constater, chez un de nos malades l'existence d'une nouvelle fistule datant de quelques semaines et siégeant du même coté : la première fistule a suppuré plus de huit mois, nous a dit le malade. Malgré cela, il pourrait être classé parmi les cas heureux mais il n'est pas toujours permis de compter sur une terminaison aussi favorable chez la plupart des malades, les fistules persistent, il s'en forme de nouvelles et, pendant ce temps, la tuberculose envahit tout l'appareil génital, se généralise même à la vessie, aux poumons, etc., etc.

C'est pour éviter cette marche fatale qu'il faut savoir intervenir; vous avez à votre disposition toute une série de moyens qui vont depuis la simple modification du foyer tuberculeux jusqu'à l'ablation totale de l'organe, à la castration.

Je passerai rapidement sur l'emploi des injections modificatrices; la liqueur de Villate, l'alcool, le chlorure de zinc, la teinture d'iode ont été successivement employés et n'ont donné que, dans de rares cas, des résultats bien avantageux.

Les foyers tuberculeux résistent, vous devez le savoir, aux moyens trop bénins : il ne faut pas seulement des agents modificateurs, il faut des agents destructeurs. Aussi la cautérisation a-t-elle eu ses adeptes : Dupuytren employait des trochisques de minium; Thierry, Bouisson, se servaient de la potasse caustique; Bonnet, dans sa thèse 1883, vantait la pâte de Canquoin.

En 1871 le professeur Verneuil préconisait l'emploi du cautère actuel, et son élève Aubain publiait, dans sa thèse 1873, des observations à l'appui de la bonté de cette pratique : on plonge à plusieurs reprises dans les fistules, un cautère effilé, de façon à atteindre toutes les anfractuosités du foyer. Le thermo-cautère permet d'apporter dans cette manœuvre la plus grande précision; de cette façon on transforme la caverne tuberculeuse en une plaie simple qui doit guérir à la chute des escharres, c'est ce qui arrive en effet quelquefois; malheureusement trop souvent encore il se développe de nouveaux abcès, de nouvelles fistules.

La maladie fait des progrès, ce n'est du reste qu'au prix de l'élimination des eschares, c'est-à-dire après une suppuration prolongée qu'on peut espérer voir survenir la guérison.

C'est pour éviter cette longue et abondante suppuration qui affaiblit le malade et qui n'a que des inconvénients, que Kocher a proposé pour le testicule, le procédé opératoire employé contre les abcès froids, le curage.

C'est un bon moyen, qui m'a déjà donné quelques bons résultats, mais il est bien entendu que ce procédé n'est applicable que dans les cas de tuberculose très localisée; qu'il y ait un abcès ou une fistule, on agit à peu près de même, on ouvre l'abcès ou on débride la fistule avec le bistouri puis à l'aide de la curette tranchante, on détruit par le grattage toute la zone ou toutes les zones qui paraissent suspectes. On arrive ainsi à transformer l'abcès ou la fistule en une cavité à surface grisâtre, fibreuse, qu'on peut réunir par première intention avec drainage, ou qu'on peut bourrer de gaze iodoformée ce qui est préférable.

Dans la plupart des cas où j'ai employé cette méthode, c'est la gaze iodoformée qui m'a rendu le plus de services.

La plaie, quelle que soit sa profondeur, est remplie exactement, c'est-à-dire en pénétrant dans toutes les anfractuosités avec la gaze iodoformée au 30e. Par-dessus le scrotum on peut, au besoin, appliquer un pansement de Lister complémentaire.

La gaze ainsi disposée peut rester en place plusieurs jours (quatre ou cinq), et n'est renouvelée complétement que lorsqu'elle se détache facilement de la cavité.

Celle-ci est ensuite remplie tous les trois ou quatre jours de la même substance, et bientôt elle présente

une surface bourgeonnante de bonne nature qui se cicatrise souvent avec une assez grande rapidité.

Je ne saurais, Messieurs, trop vous recommander l'emploi de ce moyen qui m'a déjà donné chez plusieurs malades des résultats excellents et rapides en les débarrassant de leurs foyers tuberculeux et fongueux et en les mettant ainsi pour longtemps à l'abri de récidive.

Enfin, Messieurs, lorsque la tuberculose est encore localisée à la glande séminale, mais que celle-ci est trop criblée d'abcès, de fistules ou de masses tuberculeuses pour qu'on puisse se contenter du traitement précédent, c'est alors que se présente à nous un dernier moyen, plus énergique et plus radical, la castration.

Songez qu'il n'y aura le plus souvent à enlever qu'un testicule ; lorsque les deux sont pris, il est rare que l'appareil prostatique et vésical soit indemne, et alors vous savez que l'abstention s'impose lorsque cette glande est très malade et que la vessie est atteinte.

Malgré l'assertion de quelques auteurs, il est loin d'être démontré que l'ablation d'un testicule tuberculeux provoque une poussée sur son voisin ; bien plus souvent au contraire, comme vous pourrez vous en assurer par la lecture des observations contenues dans la thèse de Mougin 1873, l'ablation du testicule tuberculeux a été suivie d'une amélioration dans l'état général du sujet.

Cette opinion que je défends, vous la trouverez aussi soutenue par mon excellent collègue et ami, P. Reclus, dans sa remarquable thèse sur le testicule tuberculeux.

Je pourrais vous citer, Messieurs, trois exemples tirés de ma pratique, où la castration m'a donné de très bons résultats. Le premier est un homme de 42 ans, auquel j'ai enlevé il y a quatre ans un testicule rempli de masses caséeuses et dont le scrotum était criblé de fistules ; la réunion de la plaie eut lieu par première intention, et depuis cette époque le malade n'a plus eu trace de tuberculose. Sa santé générale s'est beaucoup améliorée et il a continué sa profession, d'ailleurs très pénible.

Le second, âgé de 22 ans, a été opéré il y a deux ans et demi. Les choses se sont passées de la même façon ; cependant chez lui est survenu depuis cinq ou six mois une petite nodosité inquiétante sur l'épididyme de l'autre côté.

Enfin, le troisième, opéré à peu près à la même époque, est âgé de 31 ans, a retiré le même bénéfice de l'opération, quoiqu'il eut des bosselures prostatiques manifestes qui semblent ne s'être pas modifiées depuis l'opération.

Grâce à la méthode antiseptique, cette opération n'est vraiment plus redoutable par elle-même. La ligature du cordon par deux anses de soie phéniquée prises en chaînes ou par deux forts catguts, met à l'abri de l'hémorrhagie, et si on prend bien soin d'abraser toutes les parties du scrotum qui ont été en contact avec du pus, on peut espérer une réunion par première intention ; le dernier malade auquel j'ai enlevé devant vous le testicule droit en prenant ces précautions, a été opéré le 9 novembre et est parti pour Vincennes le 23 du même mois, avec une réunion parfaite.

C'est dans les cas où les deux testicules sont atteints qu'on pourrait faire intervenir cette question morale de la suppression des glandes séminales, si on se décidait pour la castration bilatérale ; mais, comme je vous le disais plus haut, vous en trouverez rarement l'indication ; non seulement les deux testicules, mais encore le cordon, la prostate, les vésicules seront atteintes à tel point que les moyens simplement palliatifs devront seuls être employés.

Ainsi donc, Messieurs, pour résumer en quelques mots tout ce qui précède, rappelez-vous que la castration unilatérale devra être réservée aux cas où un seul testicule est très atteint par la tuberculose, alors que tout le reste de l'appareil est intact ou très peu malade.

Mais qu'il existe une méthode, suffisamment énergique au début, donnant les meilleurs résultats quand elle est appliquée largement et avec soin, c'est le curage des abcès caséeux et des fistules du testicule et de l'épididyme, lorsque les lésions sont encore limitées.

PATHOLOGIE NERVEUSE.

Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham ;

Par P. MARIE, chef du laboratoire de la Salpêtrière.

L'existence de *points douloureux* spéciaux sur certaines parties du corps dans la *chorée de Sydenham* a, depuis longtemps déjà, été remarquée.

Signalée par Dufossé, Stiebel, G. Sée, la *rachialgie* semble être l'un des premiers phénomènes de ce genre qui aient appelé l'attention des médecins.

Bouhin (Th. Paris 1856) mentionne en passant la sensibilité toute particulière des *apophyses épineuses*.

Dès 1865, M. Triboulet commençait à faire de la recherche des points douloureux dans la chorée son étude de prédilection et inspirait plusieurs thèses sur ce sujet.

C'est à partir de cette époque, en effet, que ce symptôme est étudié d'une façon minutieuse dans les travaux de Perrigault (Th. Paris 1865), de Rousse (Th. Paris 1865) ; mais c'est surtout dans la thèse de Mohammed Saïd (Paris 1869) que l'on trouve une étude complète de la question ; d'après ce dernier auteur, les points douloureux rachidiens les plus fréquents et les mieux marqués sont ceux qui correspondent à la 2[e] paire lombaire, à la 1[re] dorsale et à la 7[e] cervicale.

Plus récemment en Allemagne cette étude a fait l'objet de quelques travaux spéciaux, nous signalerons celui de Ottomar Rosenbach (1) dans lequel l'auteur recommande l'usage de l'électricité comme préférable à celui de la percussion pour rechercher les points douloureux dans la chorée ; au moyen de ce procédé, Rosenbach a pu constater l'existence de ces points non seulement sur les apophyses épineuses du rachis, mais encore sur d'autres parties du thorax.

Puis Seifert (2) employant la même méthode que Rosenbach et surtout l'électrisation par l'Anode qu'il considère comme préférable pour ce genre de recherches à la Kathode a noté des points douloureux assez nets au niveau de la 3[e] vertèbre dorsale, de la 11[e], de la 12[e], dans le 9[e] espace intercostal, à l'apophyse de la 1[re] lombaire et aussi dans la partie des lombes qui s'étend de la [illegible] des côtes à la crête iliaque.

En résumé, dans tous les travaux [illegible] de ce [illegible] il n'est question que de points [illegible] thoraciques ou lombaires. Cependant il en existe d'en-

(1) Ottomar Rosenbach. — [illegible]

(2) Seifert. — [illegible] [illegible] XX, 1[illegible]

tres encore et qui présentent, croyons-nous, un intérêt tout spécial, ce sont les *points ovariens*.

Chez une petite choréique que nous avons eu l'occasion de voir l'année dernière à la consultation externe de M. le professeur Charcot, il existait de la façon la plus certaine des manifestations hystériques telles que attaques convulsives, mutisme, etc..., et, de plus, une *ovarie* très marquée, le fait était assez intéressant pour nous engager à rechercher ces phénomènes hystériques chez les autres choréiques qui se présentaient à la consultation. Quant à ce qui est des *attaques convulsives*, des *troubles de la sensibilité cutanée* et du *rétrécissement du champ visuel*, nous devons dire de suite que ces symptômes se sont montrés bien rarement (1); l'*ovarie*, au contraire, a été observée avec une grande fréquence.

Voici, à ce sujet, le relevé que nous avons dressé de 33 cas rassemblés à la consultation externe de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, cas dans lesquels ce symptôme a été spécialement recherché; il est bon d'insister tout d'abord sur ce fait que dans tous les cas qui figurent ici, il n'est question que de *chorée de Sydenham* et non de cette forme spéciale de chorée dite *chorée hystérique* si bien décrite par notre maître et qui n'est, en réalité, qu'un épisode symptomatique de l'hystérie elle-même.

27 de ces malades étaient des filles de 9 à 15 ans; les 6 autres, des garçons du même âge.

Chez ces 33 malades, l'*ovarie* n'a fait défaut que 9 fois; chez 10 elle siégeait *à droite*, chez 10 *à gauche*, dans quatre cas elle était *double*.

Quelquefois l'*ovarie* était assez intense pour que la malade ou ses parents attirassent d'eux-mêmes l'attention sur la douleur ressentie dans le *ventre* ou dans l'*aine*, dans la plupart des cas, cependant, il était nécessaire d'opérer avec les doigts une pression plus ou moins forte au lieu d'élection pour la déterminer. Le plus grand nombre des malades indiquaient très bien qu'elles éprouvent là une sensation spéciale différente de celle que fait naître une pression identique sur tout autre point de l'abdomen.

Sur les 9 cas dans lesquels l'ovarie n'a pu être constatée, 5 fois il s'agissait de garçons, la pression sur le testicule ou sur le cordon n'a réveillé chez eux aucune douleur spéciale. Chez le dernier de nos 6 garçons le point douloureux existait dans la fosse iliaque exactement à la même place que chez les filles, le cordon et le testicule n'étaient pas douloureux (on sait d'ailleurs, que chez les grands hystériques mâles, c'est là un fait qui est loin d'être rare).

En dehors des 33 cas mentionnés plus haut, nous avons pu observer une *chorea gravidarum* chez laquelle existait aussi l'ovarie, celle-ci siégeait à droite et nous avons, de la façon la plus nette, constaté l'élévation du point ovarien d'environ 4 cent. au-dessus de son niveau normal (la malade était enceinte de 6 mois). C'est là, on le voit, une nouvelle analogie avec ce qui se passe chez les hystériques enceintes chez lesquelles, ainsi que l'a noté à quatre reprises différentes M. Charcot, on voit le point ovarien suivre l'élévation de l'utérus et se déplacer avec lui.

Mais pour en revenir à la chorée de Sydenham, nous appelons l'attention sur ce fait que *le côté où siège le point ovarien est toujours celui où ont débuté les mouvements anormaux*. Sur nos 24 cas avec ovarie nous n'avons jamais rencontré d'exception à cette règle; lorsque l'ovarie était double elle était plus intense du côté où les mouvements s'étaient montrés tout d'abord. La régularité du phénomène est telle que bien des fois nous avons pu, avant que les parents eussent été interrogés, dire de quel côté avait commencé l'affection. Dans le cas dont nous venons de parler de la chorea gravidarum, il en était de même, les mouvements avaient débuté et prédominaient encore du côté droit, l'ovarie siégeait à droite.

Quelle est la signification de cette ovarie dans la chorée de Sydenham? Faut-il en conclure que la chorée n'est autre chose qu'une forme de l'hystérie (1)? Cette opinion n'a rien d'invraisemblable, mais encore serait-il bon d'avoir d'autres preuves à sa disposition, nous avons vu qu'on ne saurait invoquer dans ce sens ni la fréquence des attaques convulsives, ni celle de l'anesthésie ou du rétrécissement du champ visuel, puisque ces symptômes n'existent que dans l'infime minorité des cas. Le mieux est, croyons-nous, jusqu'à plus ample informé, d'appeler une fois de plus à notre aide la classique comparaison dont on a déjà tant usé à propos de toutes les névroses, de « cet arbre d'essence inconnue dont les branches nées d'un tronc commun s'éloignent en divergeant, mais non sans envoyer les unes vers les autres quelques rameaux qui les unissent étroitement. »

Quoi qu'il en soit de la doctrine, nous tenons à insister sur le fait et nous résumons ainsi cette note :

1° *Dans la chorée de Sydenham, l'ovarie se rencontre fréquemment.*

2° *Elle siège toujours du côté où les mouvements ont commencé à se montrer.*

---

(1) Les *attaques convulsives* à caractère nettement hystérique n'ont été retrouvées que dans un seul cas, dans un autre encore elles se sont montrées, mais seulement 15 jours après la disparition des mouvements choréiformes; un phénomène un peu plus fréquent est la *syncope* qui, on le sait, chez les petites filles peut dans certains cas être considérée comme une attaque fruste d'hystérie. — Chez d'autres enfants existait cette *céphalée des adolescents* signalée par M. Charcot et bien décrite par M. Keller (Arch. de Neurol. 1884); chez d'autres enfin il y avait une tendance marquée aux cauchemars, aux terreurs nocturnes, aux accès de fou rire.

Les *troubles de la sensibilité cutanée* se sont eux aussi montrés très rarement; dans deux cas seulement il existait une légère *hémianesthésie*, dans un troisième un peu d'*hyperesthésie* de tout un côté du corps.

Quant au *rétrécissement du champ visuel*, sur 20 enfants chez lesquels il a été méthodiquement recherché, trois fois seulement on a pu le constater : unilatéral dans un cas, bilatéral dans les deux autres, et encore dans un de ces derniers le rétrécissement n'existant pas pendant la chorée elle-même et ne s'est montré que 15 jours après la disparition des mouvements choréiformes lorsque sont apparues les attaques convulsives d'hystérie. — Enfin dans un cas M. Parinaud a pu constater la *diplopie monoculaire* dont M. Charcot et lui ont montré la fréquence relative et l'importance dans l'hystérie.

En résumé, nous n'avons constaté le rétrécissement du champ visuel que chez des malades présentant, soit au point de vue de la sensibilité cutanée, soit au point de vue des attaques convulsives, des symptômes qui rendaient absolument évidente la coïncidence de véritables manifestations hystériques.

(1) On pourrait ainsi jusqu'à un certain point comparer les points douloureux de la chorée avec les points hystérogènes de l'hystérie. Nous rappellerons que dans ces derniers temps (Thèse de Sarie 1885) M. Joffroy soumettant à une analyse très délicate les cas de rhumatisme dans la chorée est arrivé à les considérer comme dus à des arthropathies purement nerveuses; notons aussi que les manifestations articulaires dans l'hystérie sont loin d'être rares, et qu'il est assez fréquent de rencontrer la chorée dans les antécédents morbides des hystériques.

INFIRMIÈRES DIPLOMÉES. — A la première séance de la *neuvième année* de l'école des infirmières de *Charity and Materny Hospital* de Blackwell's Island, qui a eu lieu le 29 octobre dernier sous les auspices de la commission administrative, on a délivré quatorze diplomes. (*Gaillard's med. Journal*, nov.)

PATHOLOGIE INTERNE

Fièvre typhoïde légère. — Délire calme monomaniaque. — Apparition soudaine d'accidents ataxiques terminés rapidement par la mort. — Kyste hydatique du cerveau développé au niveau du lobule pariétal inférieur gauche ;

Par le Dr **Maurice LETULLE**, médecin des hopitaux (1).

L'observation suivante m'a paru intéressante au point de vue des conditions pathogéniques qui semblent avoir présidé au développement de la forme cérébrale dans un cas de fièvre typhoïde. Les accidents nerveux, délirants, légers au début de la maladie, revêtirent tout à coup une gravité insolite et causèrent rapidement la mort. Le cas actuel est encore remarquable en ce qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale, de nature hydatique, qui serait restée probablement encore indéfiniment silencieuse, étant donnée sa localisation précise, si une maladie aiguë n'était survenue et n'avait trouvé dans l'encéphale un point de moindre résistance. On ne peut se défendre d'établir un rapprochement entre l'existence d'une tumeur cérébrale et l'apparition d'accidents cérébraux, délirants et ataxiques, secondaires à une dothiénentérie de moyenne intensité à son début. D'ailleurs, voici les faits; les pièces du procès en mains, le jugement paraîtra plus équitable.

Il s'agit d'un homme de 24 ans, Joseph J.... entré le 20 mars 1885, dans le service du professeur Vulpian, que je supplée à l'Hôtel-Dieu. Le malade semblait être arrivé au huitième jour d'une fièvre typhoïde légère et bénigne. Il n'accusait qu'une faible constipation, un peu de douleur dans les deux fosses iliaques. La langue était un peu rouge à la pointe; trois ou quatre taches rosées lenticulaires. Cependant, la T. A. qui était de 39°,6 le soir de son entrée, tombait le lendemain à 38°,2. La courbe que nous relevons en entier à la fin de l'observation montre pendant les cinq premiers jours des oscillations moyennes entre 38°,2 et 40°,6.

Tout allait à peu près bien; le malade était calme, tranquille, répondant très bien aux questions, n'offrant pas la moindre stupeur, lorsque, un matin, il nous déclare sans embarras et sur le ton d'une conviction sincère, « qu'il comprend très bien qu'on l'envoie en prison, puisqu'il l'a mérité. » A notre demande, il nous explique que, « quelques jours avant son entrée, alors qu'il commençait à être malade, il eut la mauvaise idée de prendre un grand bain de vapeur et de se faire transpirer comme un bourriquot; il faut qu'il aille en prison! » Et pendant cinq ou six jours, matin et soir, et autant de fois qu'on le lui demandait, la même idée de prison nécessaire et de bain de vapeur intempestif est formulée par lui, sans autre développement, sans excitation, *sans autre délire*, car il s'occupe très bien et très judicieusement de tout ce qui l'entoure.

Le 24 *mars*, pour la première fois, la nuit est agitée. Le malade s'est levé brusquement, a quitté son lit, s'est dirigé vers la croisée, qu'il a voulu ouvrir. Il s'est recouché sans difficulté dès que le veilleur l'a aperçu. Le lendemain matin, il est tranquille, et au moment de la visite il nous aborde par ces paroles : « Oh! je l'ai bien mérité, » et il fait comprendre que la prison dont il ne parlait plus la veille, le hantait toujours.

Le 27 *mars*, après une légère défervescence de 36 heures, la température remonte à 40°,6 le soir; la langue est plus sèche, le ventre se ballonne.

Le 29 *mars*, constipation, rétention d'urine, qui persiste le lendemain. Le tympanisme augmente, mais la diarrhée devient considérable; la voix prend un tremblottement très marqué : le délire est toujours aussi monotone et roule sur cette idée fixe; l'adynamie s'accuse. Les lèvres sont un peu violacées, la congestion pulmonaire augmente. On donne le 30 mars un bain tiède qui est bien supporté.

L'examen de l'urine fait chaque jour ne décela jamais d'albumine.

Le 31 *mars*, au matin, le malade était calme, rien n'annonçait une fin prochaine; la stupeur, moindre que la veille, ne l'empêchait pas de répondre à nos questions. Dans la journée, tout à coup, il est pris de délire violent, il s'agite, veut se lever, profère des paroles sans suite, et tombe mort vers six heures, après deux heures environ d'un délire ataxique, violent, survenu comme une crise suraiguë et terminale. La T. A. était montée à 41°, le P. à 128 et la R. 32 pendant cette phase ataxique.

	T. A.	P.	R.
20 mars soir.	39°,6	»	»
21 — mat.	38°,2	»	»
21 — soir.	39°,4	»	»
22 — mat.	38°,6	96	24
22 — soir.	40°,2	»	»
23 — mat.	38°,6	80	16
23 — soir.	39°,6	»	»
24 — mat.	39°,4	102	22
24 — soir.	40°,6	»	»
25 — mat.	39°,6	92	28
25 — soir.	40°,4	»	»
26 — mat.	38°,6	92	24
26 — soir.	39°,8	»	»
27 — mat.	38°,	102	28
27 — soir.	40°,6	»	»
28 — mat.	39°,4	109	32
28 — soir.	40°,2	»	»
29 — mat.	40°,2	100	26
29 — soir.	40°,4	»	»
30 — mat.	39°,8	88	27
30 — soir.	40°,8	»	»
31 — mat.	39°,6	128	32
31 — soir.	41°,	mort à 6 h. du soir.	

Autopsie. — L'examen de l'*intestin grêle* montre un assez grand nombre de plaques de Peyer tuméfiées, ulcérées; on en remarque qui ont jusqu'à 5 centimètres de long. Pas de perforation. Les ganglions mésentériques sont très volumineux. Il n'y a pas de péritonite. L'*estomac* est parsemé de sugillations sanguines qui donnent à la muqueuse un aspect rouge vif. On n'aperçoit pas traces d'ulcérations. Le *foie* (1300 gr.) est légèrement gras; il ne contient aucune hydatide, non plus qu'aucune cicatrice pouvant faire croire à l'existence antérieure d'hydatides guéries. La *rate* est volumineuse (300 gr.), un peu molle, sans infarctus. Le *pancréas* paraît normal. Les *reins* (300 gr.) sont petits, congestionnés; quelques légères ecchymoses sur la face antérieure du rein gauche. Les *poumons*, non adhérents, présentent un certain degré de splénisation au niveau de la moitié du bord postérieur et dans la presque totalité de la face inférieure. Le *cœur* est petit (260 gr.), mort en systole. Pas de lésions valvulaires; le myocarde est résistant, bien coloré. L'*encéphale* est vivement coloré par suite d'une congestion intense des méninges. Pas de méningite. Le cervelet, la protubérance, le bulbe et l'hémisphère cérébral droit sont intacts, la substance grise présente seulement une teinte orangée manifeste, et les capillaires sont gorgés de sang sur les coupes.

Mais ce qui devait être une surprise d'autopsie, c'est l'existence d'une hydatide de la région pariétale inférieure gauche. En décortiquant l'hémisphère cérébral, on s'aperçoit que la sylvienne gauche, qui suivait les replis pie-mériens au niveau de l'insula, résiste aux tractions quand on arrive au fond, même à la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius. Notre attention attirée sur ce point, nous voyons bien vite que les méninges et un rameau terminal de l'artère sont adhérents, dans une très minime étendue, au niveau de la circonvolution pariétale inférieure. A ce niveau, la substance grise paraît intacte, sauf au niveau d'une petite région adhérente.

Une coupe verticale nous montre les détails suivants : un kyste hydatique du volume d'une petite noix se trouve logé dans l'épaisseur de la substance blanche sous-jacente à la circonvolution pariétale inférieure. Cette tumeur, invisible à la surface de la circonvolution, est placée im-

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 10 aout 1885.

médiatement en arrière de la circonvolution pariétale ascendante; elle commence dans l'épaisseur du pli de passage qui fait communiquer le pied de la pariétale ascendante avec le lobule pariétal inférieur, et elle se prolonge dans cette circonvolution jusqu'en un point précis qui correspond à la partie la plus reculée du fond de la scissure de Sylvius, en plein lobule pariétal inférieur.

La substance grise de la région envahie est considérablement atrophiée, mesurant à peine 2 millimètres.

La tumeur hydatique occupe, en somme, la région attribuée par les auteurs, au centre de la vision verbale dont la destruction produirait la *cécité verbale*. L'hydatide s'est enveloppée d'une coque fibreuse, mince, mais résistante, bien vasculaire. Le contenu de cette poche adventice est constitué par une membrane hydatique, jaunâtre, plissée sur elle-même, encore élastique et friable, nageant au milieu d'un liquide séro-puriforme moyennement abondant, dans lequel nous avons recherché en vain les crochets caractéristiques. La membrane germinale contenait des débris d'échinocoques, encore reconnaissables à leur forme ovoïde et à leur grande quantité de particules jaunâtres, d'apparence calcaire. Ces détails permettent d'affirmer l'âge avancé de l'hydatide, morte sans doute depuis longtemps et déjà en voie de régression atrophique. Le reste de la substance cérébrale avoisinant est sain. Il n'est pas inutile d'ajouter que nous avons recherché, à nouveau, dans tous les organes, quelque trace d'hydatides, sans le moindre résultat.

On comprend sans peine que nous ne puissions fournir aucune indication concernant la cécité verbale. A cet égard notre observation est donc à peu près négative. Il est bon de noter, néanmoins, que le malade, qui parlait très bien, n'avait signalé, lors de son entrée à l'hôpital, aucun désordre cérébral antérieur. Il serait inadmissible qu'un signe aussi important que la cécité verbale eût été omis par un malade intelligent, doué de toute sa présence d'esprit. Notons d'ailleurs, en terminant, que la région du lobule pariétal inférieur n'était détruite ici que dans le tiers environ de sa surface; encore s'agissait-il d'une tumeur ancienne, et l'on connait la valeur pathogénique incertaine des néoplasmes intracrâniens en face de la doctrine des localisations cérébrales.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris et l'assainissement de la Seine.

Ce titre, au premier abord, paraît n'avoir qu'une lointaine parenté avec les sujets traités d'ordinaire dans ce journal. Cependant, si l'on veut bien réfléchir qu'il existe une connexité incontestable entre la salubrité d'une ville et la qualité des eaux de la rivière qui la traverse, on reconnaîtra « que l'assainissement de la Seine» du moins, rentre dans le programme des matières dont on s'occupe ici. Notre excuse est d'ailleurs toute trouvée : le titre ci-dessus est précisément celui du *projet de loi* déposé par le gouvernement, et sur lequel M. Bourneville a fait un rapport à la Chambre des Députés, vers la fin de la dernière législature. On verra, par la suite, combien l'hygiène de Paris est intéressée à l'adoption de ce projet de loi, que la dernière Chambre n'a pas eu le temps de voter. C'est pour cette raison que nous croyons utile de résumer le plus succinctement possible les questions traitées dans ce substantiel rapport, et d'indiquer les principales critiques formulées contre le projet de loi, avec les réponses, selon nous irréfutables, que le rapporteur y a faites lui-même.

Primitivement les égouts, quand ils existaient dans les villes, étaient naturellement dirigés, suivant la pente du terrain, vers le cours d'eau qui traverse la plupart d'entre elles. Quelquefois même on se servait, comme égout, des petits affluents que la rivière pouvait avoir conservés dans la ville. L'infection du principal cours d'eau était la conséquence forcée de cette disposition. Pour parer à cette infection, au moins dans la partie de la rivière confinant à la ville, on a imaginé de construire, suivant la direction des quais, des *collecteurs* chargés de recueillir les produits des égouts primitifs et de les reporter, en aval, dans la banlieue ou en dehors de la ville. C'était sacrifier, aux habitants de celle-ci, les riverains de l'aval du cours d'eau et reculer le problème sans le résoudre.

Paris en est, précisément dans ce dernier état, quelque peu barbare, on en conviendra. On sait que trois *collecteurs généraux* établis l'un sur la rive gauche de la Seine, les deux autres sur la rive droite, recueillent les eaux des égouts ordinaires sillonnant la ville. Deux de ces collecteurs débouchent ensemble dans la Seine, un peu en aval du pont d'Asnières; le troisième débouche en Seine à Saint-Denis. Grâce à ces collecteurs et malgré les produits de quelques égouts qu'il reçoit encore dans son parcours de Paris, le fleuve, au viaduc d'Auteuil, roule des eaux dont l'altération n'est pas très grande. Mais il n'en est plus de même en aval du débouché des collecteurs à Asnières : « la Seine, sur sa rive droite, dit le rapporteur, est un véritable égout à ciel ouvert; les eaux sont troubles, colorées et recouvertes d'écume d'aspect graisseux. L'azote y atteint 25 gr. par mètre cube; l'oxygène disparait presque complètement. » Le collecteur de Saint-Denis, quoique la plus grande partie de ses matières, ainsi que nous le verrons, ne débouche pas dans le fleuve, accroît encore cette infection, qui atteint son maximum, suivant M. Boudet, entre la Briche et Argenteuil.

L'altération des eaux va diminuant à mesure que l'on descend la Seine; mais elle se fait sentir encore jusqu'à Mantes, à 86 kilomètres du débouché du collecteur d'Asnières. On a constaté, en outre, que l'infection s'étendait en s'avançant plus en aval dans le fleuve, de 10 kilomètres environ par an.

Tout le monde est d'accord pour affirmer l'urgence de mettre fin à un pareil état des choses. Mais quels moyens employer? C'est ici que les dissidences interviennent. Les uns veulent épurer *mécaniquement* ou *chimiquement* les eaux d'égout, que l'on pourrait ainsi, suivant eux, évacuer impunément dans le fleuve; d'autres, reconnaissant des inconvénients à cette évacuation, persistent à traiter *chimiquement* ces eaux pour en retirer les matières fertilisantes, sauf à renvoyer en mer, par un canal spécial, les liquides résidus de l'opération. D'autres enfin, et c'est la conclusion du rapport de M. Bourneville, voudraient arriver à *utiliser* telles quelles, *à la fertilisation du sol*, toutes les eaux d'égout fournies par la capitale.

D'après les jaugeages les plus récents, faits en 1884, les trois collecteurs dont nous avons parlé débitent par jour 360,000 mètres cubes environ de matières, dont les 2/3 sont solides et formés en grande partie de sables et débris divers enlevés à la voie publique. La partie liquide tient en dissolution plus de la moitié de l'azote et des

matières organiques, c'est-à-dire *plus de la moitié des substances fermentescibles*. Cette dernière circonstance, sans autres considérations qui plaideraient dans le même sens, suffit à condamner l'*épuration mécanique*. Quant à l'*épuration chimique* (dont les procédés proposés sont aussi nombreux que peu efficaces), d'après des expériences en grand, faites tant en Angleterre qu'en France, avec des réactifs très divers, elle arrive à *clarifier* l'eau, jamais à l'*épurer*; celle-ci reste riche en matières fermentescibles.

Le fleuve, par l'un ou l'autre de ces deux procédés, continuerait donc à être contaminé, si les eaux résultant de l'opération y étaient rejetées. Nous ne faisons même pas entrer en ligne de compte, pour la condamnation de ces procédés, ni la difficulté de se débarrasser des résidus, ni la cherté de l'opération, ni les odeurs, au moins incommodes, que produisent les usines de traitement des matières.

On a cru échapper à ces critiques, en tenant le raisonnement suivant : oui, les eaux résultant de l'épuration chimique sont encore riches en matières fermentescibles; aussi ne les rejetons-nous plus dans le fleuve, mais en mer ; et vous ne prétendez pas pouvoir contaminer la mer elle-même ! — Vous vous plaignez des mauvaises odeurs de nos usines : nous nous engageons à les supprimer; — les résidus, nous les vendrons à l'agriculture qui les acceptera avec reconnaissance ; — quant à la cherté de l'opération, d'abord nous prétendons arriver à des bénéfices; et, si nous nous trompons, eh bien ! la ville de Paris peut bien payer, pour entretenir à jamais la salubrité dans ses murs !

Nous résumons ainsi le contre-projet présenté en trois longs articles parus dans le *Journal des Débats* (1), journal grave, et signés d'un nom recommandable : le Dr Daremberg. Cette double considération nous oblige à essayer de réfuter, un peu longuement peut-être, les arguments produits par l'auteur de ces articles.

D'abord, un canal de Paris à la mer !... Quoique les ingénieurs ne s'entendent pas toujours, comme le constate avec raison M. Daremberg (ils ont hélas ! ce travers commun avec les médecins, qui, disent les mauvaises langues, s'entendent bien moins encore), nous ne croyons pas qu'il s'en trouve pour nier les difficultés de cette entreprise, et en tous cas la disproportion du projet avec le but à atteindre. Comment ! aller franchir collines, vallées, rivières, routes, chemins de fer, que l'on trouvera forcément sur le passage du canal, pour amener par jour à la mer deux ou trois centaines de mille mètres cubes de liquides ? Il faudra, en effet, se ménager une pente pour l'écoulement naturel des eaux, et l'on voit d'ici le nombre et l'importance des ouvrages d'art nécessaires. M. Daremberg estime à une centaine de millions le coût de ce canal; mais a-t-il tenu compte des frais d'exploitation des usines chargées d'élever les eaux, puisque l'on aura à franchir des collines de 100 mètres de hauteur, tandis que les eaux des égouts ne sont même pas à la cote 30 au-dessus du niveau de la mer ?

Quant à la contamination de la mer, nous nous bornerons à dire qu'à la seule annonce du fameux canal qui devait, d'après un des projets étudiés, déboucher entre Dieppe et le Tréport, les municipalités de ces deux villes se sont empressées de protester, craignant, non sans raison selon nous, que leurs plages de bains fussent désormais abandonnées. M. Daremberg parle d'un courant allant vers le large, où l'on pourrait amener les eaux d'égout, courant qui les empêcherait de se répandre sur les côtes. Nous ne croyons pas à l'existence de ces courants complaisants, du moins arrivant tout près de la côte ; nous craignons, au contraire, que les marées ne ramènent sur les bords les eaux des égouts qui auraient pu se répandre plus ou moins loin en mer.

On connaît les *odeurs* produites par les usines qui traitent les matières de vidanges. M. Daremberg, avec l'érudition que nous nous plaisons à lui reconnaître, accuse deux corps : le *scatol* et l'*indol*, d'être les auteurs de ces méfaits ou plutôt de ces odeurs méphitiques qui soulèvent de temps à autre, dans Paris, un concert d'imprécations contre les usines à poudrette. Il nous donne le moyen de réduire à résipiscence ces deux malfaiteurs *Scatol* et *Indol*, et il nous cite une usine où, à force de malaxages, à force de tubes en U, à force de « cristaux des chambres de plomb », à force de réservoirs et d'appareils « n'ayant aucune communication avec l'air extérieur », les susdits coupables se bornent à répandre autour d'eux « l'odeur empyreumatique de la fumée ». Nous doutons néanmoins, malgré la découverte et la punition assurée des deux coupables, que cette usine trouve beaucoup d'imitateurs. Sa complication serait déjà un motif de méfiance de la part des industriels ; mais lorsque les matières de vidange arriveront à traitement, diluées dans l'énorme quantité d'eau que tous les hygiénistes, y compris M. Daremberg, s'accordent à réclamer pour les cabinets d'aisance, ces matières ne seront plus assez riches pour que le prix de revient de leur traitement soit rémunérateur; et alors... adieu paniers, vidanges sont faites. M. Daremberg en fournit, du reste, la démonstration lui-même : dans quelques années, selon M. Durand-Claye, on aura à traiter par jour 28.000 mètres cubes de vidanges, et il faudra dépenser 30 millions par an pour porter ces vidanges à 150°. M. Daremberg accepte ces chiffres; « mais nous prierons M. Durand-Claye, dit-il, d'admettre avec M. Thomas, directeur de l'usine des produits chimiques de Javel, que chaque habitant rejette pour 20 francs d'azote par an ; soit 40 millions de francs pour 2 millions d'habitants. Les frais seraient donc largement compensés. »

Cette conclusion n'est rien moins qu'exacte, parce que le calcul fait par M. Daremberg, vrai il y a 4 à 5 ans, ne l'est plus maintenant, le prix du sulfate d'ammoniaque (et de l'azote par conséquent), ayant diminué dans de fortes proportions. Les 20 fr. d'azote fournis quotidiennement par habitant supposeraient que le sulfate d'ammoniaque se vend 66 fr. les 100 kilogr. (1); or, il se vend à peine, en ce moment, 25 fr. Les 20 fr. se réduisent donc à 7 fr. 50 environ, ce qui donne en tout, pour les 2 millions d'habitants, 15 millions. On en a

(1) Numéros des 13 et 20 juillet et 24 août 1885.

(1) La proportion moyenne d'azote fournie par individu et par jour, est de 6 k. à peu près ; il y a 1/20 environ d'azote dans un poids déterminé de sulfate d'ammoniaque, d'où il est facile de conclure aux 66 fr. de prix de vente de cette dernière substance, quand chaque habitant produit 20 fr. d'azote par jour.

dépensé 30; l'excès de la dépense serait donc de 15 millions, et encore ne tient-on pas compte de la fourniture des divers réactifs nécessaires pour le traitement des matières Quelles sont les usines qui se fonderont dans de pareilles conditions ?

Si les usines ne se fondent pas, les résidus n'existeront plus, et l'agriculture devra prendre ailleurs ses engrais. Quant à la vente des eaux d'égout aux riverains du canal, peut-on compter qu'elle sera bien fructueuse quand la majeure partie des terrains traversés est composée d'argiles, de marnes ou de calcaires fendillés, et par suite impropre à l'épuration des eaux? Nous pensons qu'il ne resterait à la ville de Paris que la seule ressource de payer de son argent, mais fort cher, la salubrité qu'elle recherche, si elle n'avait pas d'autres moyens à sa disposition.

Heureusement il lui reste l'utilisation agricole préconisée par le rapporteur, utilisation qui a si bien réussi à Gennevilliers. On sait, en effet, que les terrains de Gennevilliers suffisent à absorber toutes les eaux du *collecteur départemental* (1) débouchant à Saint-Denis, et une faible partie de celles du collecteur d'Asnières. Il s'agirait maintenant,et c'est là le but du projet de loi dont nous parlons, d'amener le reste de ces dernières eaux jusqu'à la partie basse de la forêt domaniale de Saint-Germain, pour les y utiliser à l'irrigation du sol, comme on l'a fait à Gennevilliers. On aurait ainsi débarrassé complètement la Seine des eaux d'égout de Paris, ou à peu près complètement, car sur les 300.000 mètres cubes déversés à Achères, il en resterait à peine 30.000 que ne pourrait pas absorber la partie de la forêt de Saint-Germain réservée à l'irrigation. Il n'est que juste d'ajouter que même ces 30.000 mètres cubes trouveraient leur emploi dans le parcours de Clichy à Achères, grâce aux demandes qui ne manqueront pas d'être faites par les riverains du canal, comme déjà certaines municipalités en ont manifesté l'intention. Et si cela ne suffit pas, si les eaux d'égout deviennent encore plus abondantes, qu'est-ce qui peut empêcher de prolonger le canal au delà d'Achères, pour aller irriguer les caps suivants formés par la Seine, jusqu'à la complète absorption de ces eaux? Ces caps, d'après leur composition géologique bien connue, sont, en effet, éminemment propres à l'épuration des eaux. On a reproché au projet de loi de fournir une solution incomplète; on voit que le reproche n'est nullement fondé, et que la solution proposée a l'avantage de permettre la continuation des travaux au fur et à mesure des besoins, sans grever d'un seul coup le budget municipal d'une somme considérable, comme le fait le projet du canal de Paris à la mer.

Les objections que l'on a faites à l'exécution des travaux d'irrigation de la forêt de Saint-Germain ont été, selon nous, réduites à néant dans le rapport de M. Bourneville. Et nous avons été quelque peu étonné de voir reproduire, dans les articles de M. Daremberg, dont nous parlions plus haut, un certain nombre de ces objections auxquelles le rapporteur avait victorieusement répondu. Ainsi, pour en citer quelques-unes :

1° Le « tout à l'égout » qui est le corollaire du projet de loi, amènera, par les bouches d'égout, des odeurs méphitiques qui se répandront dans tout Paris, au grand détriment de la santé publique; — 2° Les irrigations agricoles par les eaux d'égout formeront autour de Paris des « foyers de pestilence », car les microbes contenus dans ces dernières ne seront pas détruits par la filtration de ces eaux au travers du sol ; — 3° Les légumes produits par un sol ainsi irrigué seront dangereux pour les consommateurs, puisqu'ils pourront contenir des microbes provenant des matières de vidange qui leur servent d'engrais; — 4° La forêt de Saint-Germain est un lieu mal choisi pour les irrigations, parce que le sol n'a pas une épaisseur suffisante de terrain perméable, et parce que les environs de la forêt de Saint-Germain sont un lieu de villégiature, etc.

Pour ne pas prolonger outre mesure ce compte rendu déjà trop long, nous renverrons le lecteur aux réfutations faites d'avance à toutes ces objections, notamment aux pages 41, 86, 103, 130, 138. — Les réfutations sont même tellement faites, que nous eussions voulu voir M. Daremberg prendre chacune d'elles à partie, et en montrer l'inanité; loin de là, il se borne à rééditer ces objections déjà vieilles, auxquelles le rapporteur avait déjà irréfutablement répondu.

Il en produit une cependant qui est nouvelle, mais n'en est pas plus terrible pour cela : « le tiers de la surface à irriguer sur les terrains d'Achères, dit-il, est submersible; quand une crue de la Seine surviendra, cette portion de terrain sera impropre à l'irrigation, et les eaux, en se retirant d'un sol imprégné de matières organiques, iront infecter le fleuve. » Le *tiers* est certainement une proportion exagérée; mais même en l'admettant, il en résulterait que pendant quelques jours seulement (il est rare que les grandes crues de la Seine durent même quinze jours) on serait privé de cette surface ; le mal ne nous paraît pas excessif. Quant à l'infection des eaux du fleuve par les matières organiques primitivement déposées sur la surface submergée, l'objection ne nous paraît pas sérieuse : quelle infection peut produire, en effet, la petite quantité de matières organiques déposées auparavant sur cette surface, alors que déjà sans doute le sol en avait absorbé la plus grande partie, et que le fleuve roule à ce moment une énorme masse d'eau ?

Comme on le voit, le projet de loi n'est pas entamé par les objections produites jusqu'ici ; il est parfaitement justifié de toutes façons; nous n'avons même pas pu indiquer toutes les considérations présentées en abondance dans le rapport, et qui plaident victorieusement en sa faveur. L'un des avantages les plus importants, et qui suffirait, selon nous, à donner gain de cause au rapporteur, c'est celui de supprimer enfin les fosses d'aisance, fixes ou mobiles, de quelque nature qu'elles soient, ces fosses où les matières de vidange

(1) Nous avons dit plus haut que ce collecteur départemental contribuait à infecter la Seine à partir de Saint-Denis, d'où il semble résulter une contradiction. Mais elle n'est qu'apparente, en ce sens que la Seine reçoit à Saint-Denis les eaux de la voirie de Bondy par l'intermédiaire du collecteur où elles débouchent, et aussi les eaux résiduaires de quelques usines des environs. Les eaux ordinaires du collecteur départemental, par une dérivation passant à Saint-Ouen, sont amenées sur les terrains de Gennevilliers.

peuvent fermenter des mois entiers, au détriment, reconnu par tous, de la santé publique; ces fosses qui, par la guerre qu'elles font à l'eau, donnent naissance à des causes nombreuses d'insalubrité dans les villes où elles subsistent; ces fosses enfin qui, par les infiltrations qu'elles laissent se produire parfois dans les sous-sol, infectent les eaux d'alimentation des populations voisines, leur communiquant ainsi des maladies épidémiques, etc., etc. — Le projet de loi n'aurait-il d'autre avantage que cette suppression, que nous l'appuierions de tous nos vœux, son exécution étant d'ailleurs essentiellement pratique, tant au point de vue technique qu'au point de vue financier, comme nous avons essayé de le montrer (1). A. Pujol.

Cours d'histologie. — Professeur : M. Mathias Duval.

Leçon inaugurale : *9 janvier* 1886.

Samedi dernier, une foule compacte d'étudiants et de médecins se pressait dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine pour entendre la leçon inaugurale du professeur Duval, le successeur de Robin. L'affluence était telle que bien des gens, et des plus marquants, durent, faute de place, renoncer à pénétrer dans l'amphithéâtre. Le nouveau professeur fut accueilli par des applaudissements répétés. Conformément aux usages, il devait faire l'historique de la chaire qu'il occupe; or, cet historique est court puisque la chaire fut créée pour Robin. Mais cette création ayant été en somme le droit de cité accordé à l'histologie dans la Faculté de médecine, M. Duval put avec raison retracer à grands traits l'histoire de cette jeune science qui a pris en peu d'années une si grande importance. D'ailleurs, raconter les débuts de l'histologie et surtout de l'histologie française n'était-ce pas en même temps faire l'éloge de Robin qui, dès 1850, alors que le microscope était un objet de risée pour les médecins, fonda le premier laboratoire français pour l'enseignement de l'histologie. C'est là un des grands titres que Robin doit avoir à l'admiration des médecins et ce n'est pas le seul; M. Duval a rappelé ses innombrables travaux sur les liquides de l'organisme, sur une foule de points de l'étude des tissus, sur bien des détails d'anatomie comparée.

Mais avec un tact parfait et un jugement absolument droit, M. Duval a montré qu'à côté de ce grandiose édifice élevé par Robin, édifice impérissable puisqu'il est basé sur des faits, il existait un échafaudage bâti avec amour par le maître, qui, s'appuyant sur des hypothèses, s'est écroulé, emporté par le torrent des idées et des faits nouveaux, et que de lui il ne reste plus rien, malgré les efforts de Robin continués jusqu'au dernier moment. C'est là, d'ailleurs, l'évolution de toutes les conceptions scientifiques valables; elles font progresser la science, puis leur temps fini, elles doivent disparaître.

(1) Nous n'avons pas parlé des travaux techniques à faire pour amener les eaux d'égout à Achères; les détails en sont donnés dans le rapport, avec plans et coupes à l'appui. Craignant de dépasser les bornes raisonnables d'un compte rendu et ne voulant pas nous étendre sur un sujet étranger aux matières traitées dans un journal de médecine, nous renverrons à ce Rapport les lecteurs que ce sujet pourrait intéresser.

M. Duval, en terminant, a montré l'importance de l'embryologie dans toutes les branches de l'histologie, et a insisté sur ce fait qu'elle seule pouvait permettre de démontrer rigoureusement l'étroite parenté qui relie tous les éléments, d'aspect souvent disparate, constituant un système dans le sens qu'entendait Bichat. Louer la netteté, la précision de M. Duval serait chose superflue; pas un mot n'est consacré aux effets oratoires; chaque phrase a un sens précis que le professeur rend encore plus net en présentant de nouveau l'idée, si elle est un peu difficile à saisir, sous une forme autre mais non moins claire. M. Duval met absolument en pratique la phrase qu'il a prononcée en terminant : La clarté c'est la vraie politesse du professeur pour ses auditeurs. Les applaudissements enthousiastes de ceux-ci lui ont bien dit et leurs remerciements et la sympathie que tous éprouvent pour lui.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Ch. Richet continue ses recherches sur l'*action toxique des sels alcalins* : il a étudié les bromures et les iodures de lithium, de potassium et de rubidium par la méthode des injections cutanées, chez des poissons, des pigeons et des cobayes. La dose mortelle de ces sels est sensiblement la même, si l'on considère non le poids absolu, mais le poids moléculaire. A molécule égale, les métaux dont le poids atomique est le plus élevé, sont aussi les plus toxiques; les sels alcalins sont toxiques par leur molécule chimique, les chlorures le sont plus que les bromures, ces derniers plus que les iodures.

M. Adamkiewicz répond aux critiques que lui a adressées M. Vignal à propos de sa communication sur la *circulation dans les cellules ganglionnaires*. Il maintient l'exactitude de ses conclusions fondées sur plus de cinq cents préparations : il affirme que le noyau de la cellule est bien une cavité et non un corps solide.

M. Edouard Robin demande à l'Académie l'ouverture de plis cachetés déposés par lui en 1851, concernant l'*application du pouvoir antiputride* aux sciences médicales et naturelles. Le contenu de plusieurs de ces plis sur l'art de paralyser dans l'économie le pouvoir des miasmes et du virus, est communiqué par M. le Secrétaire perpétuel.

M. A. Sabatier fait connaître les résultats de ses recherches sur la *morphologie de l'ovaire chez les insectes*.

L'Académie procède à la nomination d'un vice-président qui doit être pris cette année dans l'une des sections des sciences physiques et naturelles. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 52, majorité, 27, M. Gosselin obtient 28 suffrages, M. Hervé-Mangon 23, M. Duchartre 1. M. Gosselin est proclamé vice-président pour 1886. MM. Frémy et Becquerel sont élus membres de la Commission centrale administrative. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 janvier 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. Franck donne les conclusions d'une étude qu'il a faite sur le diagnostic physique des anévrysmes. Les battements ou mouvements d'expansion ont les mêmes caractères que les pulsations aortiques. Il existe trois soulèvements : les deux premiers coïncident avec la systole ventriculaire qui se fait là en deux temps; le troisième est caractéristique de l'occlusion parfaite des sigmoïdes

aortiques. Ces signes se modifient lorsqu'il existe un rétrécissement ou une insuffisance de l'aorte. L'auteur insiste en outre sur les rapports des bruits anévrysmaux et des battements; sur les effets produits par l'anévrysme sur le pouls artériel; sur la paralysie du sympathique qui permet la grande dilatation de la poche; sur l'influence des mouvements respiratoires; sur les battements de la poche et sur le pouls périphérique. A ce propos, M. Franck dit avoir souvent observé le pouls paradoxal que Kussmaul donnait comme signe de symphyse cardiaque; on le trouve encore d'ailleurs dans les cas de persistance du canal artériel.

M. Lépine demande comment M. Franck interprète les souffles extra-anévrysmaux.

M. Franck les interprète à la façon des souffles extra-cardiaques, par compression d'une anse superficielle du poumon pendant la diastole, puis retour rapide de l'air chassé lors du retrait de la poche, produisant le souffle.

M. Lépine a fait avec M. Aubert de nombreuses expériences sur les fonctions rénales dont il ne communiquera aujourd'hui qu'une partie. Lors d'altération de l'organe, dit-il, on remarque que les phosphates sont excrétés en moindre quantité qu'à l'état normal. Ceux-ci ne sont pas toxiques, il est vrai, mais la potasse avec laquelle ils se combinent et qui peut devenir libre dans le sang, est susceptible d'amener une foule d'accidents. Afin d'élucider ce problème, M. Lépine a institué une série d'expériences. Il s'agissait d'abord de déterminer une lésion expérimentale d'un seul rein afin de pouvoir comparer. Il a comprimé l'artère rénale avec une pince pendant deux heures ou l'uretère pendant quatre à cinq heures. Il est arrivé à ce résultat que : pendant le même espace de temps, le rein sain secrétait 35 centimètres cubes d'urine et le rein malade 22 centimètres cubes. Du côté malade les urines sont beaucoup moins chargées de matières organiques. Le chlorure de sodium est beaucoup mieux excrété que tous les autres sels ; les phosphates, au contraire, le sont d'une façon tout à fait insuffisante.

M. Œchsner de Coninck demande à M. Lépine s'il a cherché dans l'urine du côté malade s'il existait des ptomaïnes.

M. Lépine ne s'est pas livré à cette recherche.

M. Franck demande si M. Lépine s'est bien mis à l'abri de cette cause d'erreur qui consiste dans l'anurie relative ou complète qui peut exister du côté sain par action réflexe.

M. Lépine connait ces accidents opératoires et s'est mis en garde contre eux ; la seule introduction d'une canule dans l'uretère sain suffit du reste à déterminer de l'albumine de ce côté.

M. Regnard présente deux cylindres de quartz taillés, d'une pureté irréprochable, les plus gros qu'on ait employés jusqu'à ce jour. Ils devront supporter une pression de 51,000 kilogs dans l'appareil dont il se sert pour l'étude des hautes pressions et la projection à la lumière électrique des êtres enfermés dans l'intérieur de la culasse d'acier.

M. Ch. Féré présente une note de M. Jagot (d'Angers), sur un cas de rage dont l'incubation dura exactement 262 jours. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 20 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

Alg... (Alexandre), âgé de 12 ans, entre le 14 février 1885, à l'hôpital Bichat (service de M. Terrier).

Renversé par une voiture de boucher, il tombe sur le ventre, la face contre terre ; une des roues de la voiture lui passe au niveau de la région lombaire. A son entrée, l'enfant présente un état général grave : la face est très pâle, la physionomie exprime une très vive souffrance ; il se plaint vivement dès qu'on veut le remuer. Pas de lésions appréciables des membres inférieurs ni fractures, ni luxations). La peau de la paroi abdominale ne présente pas de solution de continuité, mais quelques éraflures, notamment au voisinage des épines iliaques antérieures et supérieures de chaque côté. Pas de perte de connaissance.

L'enfant a l'intelligence nette, bien qu'il réponde assez difficilement aux questions.

15 *février*. L'enfant s'est plaint presque toute la nuit : vomissements alimentaires une heure après son entrée à l'hôpital.

M. Terrier, qui examine le malade, ne constate aucune lésion des membres inférieurs. Il existe au niveau de la région lombaire droite un peu de gonflement; la pression, à ce point, est très douloureuse. L'enfant pousse des cris dès qu'on veut explorer cette région. Urines normales, rendues spontanément, ne renfermant ni sang, ni albumine. La motilité des deux membres inférieurs est conservée ; les divers modes de sensibilité paraissent aussi conservés, mais la sensibilité à la douleur semble exagérée. Vomissements bilieux, verdâtres, très abondants. Le ventre est ballonné, très douloureux à la pression. Traitement: potion de Rivière. Glace. Champagne. T. M. 39°,2. T. S. 39°,6.

16 *février*. L'état général s'aggrave: le facies est grippé, les yeux s'excavent, la voix est cassée ; l'enfant parle difficilement. Il souffre beaucoup et ne cesse de se plaindre. Le ventre est très ballonné ; les vomissements ont une coloration verdâtre, une odeur très désagréable. La langue et les lèvres présentent une coloration semblable. La région lombaire droite est toujours tuméfiée ; cette tuméfaction dépasse la ligne médiane ; l'enfant se place dans le décubitus dorsal, mais peut rester dans le décubitus latéral gauche. T. M. 39°,9. T. S. 40°,2.

17 *février*. Les vomissements sont toujours très abondants ; le malade remplit plusieurs cuvettes dans les 24 heures. Ces vomissements prennent une coloration de plus en plus foncée et une odeur forte, repoussante. Le malade n'a pas été à la selle depuis son entrée à l'hôpital. M. Terrier prescrit un lavement purgatif qui ne produit aucun effet. Le faciès est de plus en plus altéré, les yeux se creusent, les traits sont tirés, les narines pulvérulentes. Le malade urine seul : urines peu abondantes, de coloration normale. On continue la glace, la potion de Rivière, le champagne. Les douleurs sont très vives jour et nuit ; on pratique des injections de morphine (1/4 de centigr.) matin et soir. T. M. 37°,8. T. S. 38°,2.

18 *février*. L'enfant est plus calme, se plaint moins. Les vomissements sont moins abondants, mais ont une odeur repoussante, analogue à celle des matières fécales. Hoquet presque continuel. Pas de selle depuis l'entrée à l'hôpital. L'enfant dit qu'il n'a pas rendu de gaz par l'anus. On donne un second lavement purgatif. Le gonflement de la région lombaire droite et des parties voisines est toujours très accusé ; il existe en outre au niveau de la fesse droite une eschare de la largeur d'une pièce de 5 francs ; la peau à ce niveau est violacée, noirâtre. Le malade ne repose pas habituellement sur ce côté. T. M. 37°,2, T. S. 37°,4.

19 *février*. Même état : dépression considérable des forces ; vomissements fécaloïdes peu abondants. Le ventre est très ballonné et douloureux. Le malade urine seul. Pas de selle, malgré un troisième lavement purgatif. Dans la soirée, les vomissements qui avaient diminué, deviennent très fréquents. L'amélioration qui semblait se produire, fait place à une recrudescence dans la plupart des symptômes. T. M. 37°,2. T. S. 37°6.

20 *février*. Etat général très grave, demi-comateux ; les vomissements ont une odeur repoussante. T. M. 37°,8. Dans l'après-midi, le malade est pris de délire, il dit ne plus souffrir et veut se lever. Le soir, état comateux assez prononcé ; l'enfant succombe dans la nuit.

Autopsie (faite le 23 février, 56 heures après la mort). A l'ouverture de l'abdomen l'épiploon apparait rougeâtre, épaissi, les mailles semblent infiltrées de sang. Il n'existe pas d'adhérences ; lorsqu'on soulève l'épiploon, on aperçoit les anses intestinales rouges, vascularisées, présentant par places un piqueté rouge-brun très accentué. L'estomac ne présente pas d'altération appréciable, mais est dilaté : il renferme, outre des gaz, un liquide jaune verdâ-

tre, très fétide. Le foie et la rate sont normaux, ne présentent pas trace de contusion ; il n'existe pas de fractures de côte. La vessie est intacte, renferme une faible quantité d'urine. Pas de lésion osseuse du bassin. En écartant les anses intestinales, on constate qu'il existe une infiltration sanguine partant de la région rénale et descendant jusque dans la cavité du petit bassin. Après avoir coupé l'S iliaque entre deux ligatures, on trouve le gros intestin très peu distendu ; arrivé au niveau de l'intestin grêle, on sectionne le bord adhérent au mésentère jusqu'au moment où l'on aperçoit une anse intestinale qui s'engage entre le rein gauche et la colonne vertébrale. On divise l'intestin entre deux ligatures, à 4 ou 5 centim. du point qui s'engage. On constate alors qu'il existe une légère déviation de la colonne vertébrale à concavité dirigée à droite ; en suivant la face antérieure des corps vertébraux, on sent une saillie formée par l'une des vertèbres lombaires, la vertèbre sous-jacente étant enfoncée en arrière. En passant la main sous les reins du cadavre et en le soulevant un peu, on voit la déviation disparaître et la colonne reprendre sa rectitude ; la déviation se reproduit et disparaît avec la plus grande facilité. On constate que l'anse intestinale est pincée entre les deux vertèbres (1re et 2e lombaires) : la portion de l'intestin ainsi serrée, est dilacérée, rattachée seulement par quelques fibres à droite et à gauche à l'anse intestinale. Sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale, existe en avant du psoas, une cavité irrégulière, remplie d'une matière grisâtre, épaisse, semblable à celle qui est contenue dans l'anse intestinale. Autour du rein droit, il existe un peu d'épanchement sanguin ; ce rein se laisse facilement décortiquer, ainsi que le rein gauche ; ils ne présentent aucune altération. Les deux poumons sont normaux, ainsi que le cœur, qui ne présente pas de lésions d'orifices ni d'altération du myocarde.

Pour étudier les lésions osseuses de la colonne vertébrale, on détache la portion atteinte en faisant deux sections : la supérieure entre la 10e et la 11e vertèbre dorsale ; l'inférieure, entre la 4e et 5e lombaire. En disséquant la masse sous-lombaire, on constate une infiltration sanguine très marquée dans toute la masse musculaire. Après avoir enlevé l'anse intestinale comprise entre les deux vertèbres, on constate que le disque inter-vertébral est détaché complètement de la face supérieure de la deuxième vertèbre lombaire et a entraîné avec lui le rebord osseux de la face supérieure de cette vertèbre ; ce disque est resté adhérent à la face inférieure de la 1re vertèbre lombaire. On voit profondément les enveloppes de la moelle qui sont intactes, et on trouve là, comme sur le côté droit de la colonne vertébrale, un épanchement de matière grisâtre, visqueuse, qui n'est autre chose que de la matière intestinale. Les pédicules de la 2e vertèbre lombaire sont fracturés et restés adhérents au fragment supérieur ; les apophyses transverses de cette même vertèbre sont divisées en deux fragments, dont le supérieur est trois fois plus gros que l'inférieur. Enfin, les apophyses épineuses des 3e et 4e vertèbres lombaires sont dépouillées de leur périoste et légèrement écrasées.

Réflexions. — En résumé, il ressort de cette observation qu'un traumatisme porté sur la région lombaire (passage d'une roue de voiture) a produit les lésions suivantes : 1° fractures de la 2e vertèbre lombaire au niveau de ses pédicules et de ses apophyses transverses ; 2° décollement du disque intervertébral qui est resté adhérent à la face inférieure de la 1re vertèbre lombaire et a entraîné le rebord osseux de la face supérieure de la 2e vertèbre ; 3° pincement d'une anse d'intestin grêle entre la 1re et la 2e vertèbre, expliquant les phénomènes d'étranglement interne, observés pendant la vie. Il importe de remarquer que l'intégrité des enveloppes de la moelle et de la moelle est en rapport avec la conservation des mouvements et de la sensibilité des membres inférieurs. Telles étaient les conclusions jointes à l'observation le jour de la présentation : nous croyons utile de leur donner quelques développements en réponse aux critiques qui nous ont été faites. Quelques membres de la Société ont fait remarquer que la relation de l'autopsie était très incomplète et que certains points très importants tels que les lésions du mésentère, l'état et la situation des gros vaisseaux (aorte, veine cave inférieure) étaient insuffisamment décrits et même complètement omis ; ces lacunes, que nous sommes les premiers à regretter, s'expliquent puisque la nécropsie n'a pu être faite que très rapidement, une demi-heure avant la levée du corps. Une autre objection (la seule à laquelle nous ne pouvions nous attendre, le fait ayant été d'ailleurs contrôlé par plusieurs personnes compétentes), a porté sur la possibilité du fait : il est *matériellement impossible*, a-t-on dit, qu'une anse d'intestin grêle puisse se mettre en contact immédiat avec la colonne vertébrale et à plus forte raison pénétrer dans une solution de continuité de cette colonne ; les gros vaisseaux (aorte, veine cave inférieure), le mésentère, le hile du rein, forment au niveau de la colonne lombaire un obstacle infranchissable. Il faudrait que l'aorte et la veine cave fussent sectionnées complètement, c'est-à-dire qu'il y eût mort immédiate, pour que le fait puisse se produire. Est-il possible d'expliquer un fait aussi anormal, en contradiction avec les données anatomiques les plus élémentaires ? Dans les quelques recherches bibliographiques faites sur ce sujet, nous ne trouvons que deux passages de l'anatomie topographique de M. Tillaux qui puissent servir à éclairer notre cas : « La profondeur à laquelle siège le mésentère, dit-il (page 787), le protège généralement contre les contusions de l'abdomen ; cependant il peut être atteint *isolément* ; j'ai observé dernièrement, dans mon service à Lariboisière, un jeune homme qui, serré entre deux tampons de wagon, présenta une déchirure du mésentère : cet organe était complètement détaché de la colonne vertébrale. » Faut-il mettre en doute la parole de l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu parce qu'il n'indique ni l'état des gros vaisseaux, ni leur situation : ce fait n'est-il pas, *à priori*, aussi singulier que le nôtre ? Plus loin (page 796), il ajoute : « On doit réserver d'autant le pronostic dans les cas de contusion de l'abdomen que les lésions les plus *variées*, les plus *imprévues* et les plus graves, étrangères même au tube digestif, peuvent être la conséquence de ces contusions. »

Ces lésions, pour être variées, inattendues, peuvent cependant s'expliquer ; témoin notre cas : avant d'aborder les raisons multiples qui, *cliniquement*, entraînent la possibilité du fait, voyons comment, *anatomiquement*, il a pu se produire : la roue de voiture passe sur la région lombaire de l'enfant ; elle détermine une fracture de la 2e vertèbre lombaire et une sorte de dislocation de la colonne vertébrale ; les deux vertèbres écartées forment un angle aigu ouvert en avant : l'intestin, fortement comprimé, entre deux plans résistants (sol et roue de voiture), fuit dans l'espace libre entre les deux vertèbres. On relève l'enfant et dans ce mouvement on fait rapprocher les deux vertèbres l'une de l'autre : on emprisonne ainsi l'anse intestinale puisque l'écartement n'existe plus. Cette explication est-elle vraisemblable ? C'est ce que nous avons cherché à contrôler par l'expérimentation sur le cadavre : après avoir dilacéré avec les doigts le mésentère, le tissu cellulaire, on sectionne avec un bistouri le disque intervertébral, sans toucher aucunement aux gros vaisseaux : on renverse alors fortement en arrière le bassin et le fragment inférieur de la colonne vertébrale, de manière à ce qu'il existe un écartement assez grand entre les deux vertèbres ; pendant cette dislocation, on voit l'aorte et la veine cave inférieure glisser et fuir de chaque côté sur les parties latérales de la colonne vertébrale, laissant l'espace intervertébral largement béant : présentant alors une anse d'intestin dans l'espace compris entre les deux vertèbres, on redresse le cadavre et l'anse intestinale reste incluse entre les deux vertèbres. Cette expérience, grossière, paraît démonstrative : le traumatisme est cependant moins intense que le passage de la roue de voiture. Du reste, en dehors de l'expérimentation, de nombreuses raisons militent en faveur de la réalité du fait : d'abord l'âge du sujet ; c'est un enfant de 12 ans chez lequel le tissu cellulaire est

lâche, le péritoine moins résistant, et par conséquent le glissement des vaisseaux plus facile ; la violence du traumatisme qui peut produire des lésions souvent inattendues; enfin n'est-il pas logique d'admettre l'existence de cette variété singulière d'étranglement interne, lorsqu'aucune autre lésion ne peut expliquer les symptômes observés pendant la vie? Du reste, s'il fallait mettre en doute la possibilité de la lésion, deux faits resteraient absolument inexplicables : pourquoi l'anse d'intestin, comprise entre les deux vertébrales, serait-elle aussi dilacérée, presque sectionnée, complètement en un point? Comment comprendre l'épanchement des matières stercorales qui s'est fait à droite et même dans l'intervalle des deux vertèbres?

Nous espérons que ces explications seront suffisantes et que, malgré les lacunes de l'autopsie, le fait saillant n'en restera pas moins indiscutable.

Séance du 27 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

14 M. Gilles de la Tourette présente des pièces provenant d'un individu mort à 75 ans d'un *cancer du foie*.— A l'*autopsie* on trouve un épanchement sanguin dans l'abdomen, avec un caillot adhérent au niveau du bord postérieur du foie, sur une bosselure constituée par un noyau cancéreux ramolli et rompu. La vésicule biliaire est distendue par oblitération de l'ampoule de Vater par une masse cancéreuse venant du pancréas.

M. Brissaud a examiné la tumeur; c'est un épithélioma cylindrique, dont la structure est particulièrement favorable à une rupture de ce genre.

15. M. Guillet présente des pièces de *diphthérie généralisée* à tout le poumon chez une femme enceinte. Cette femme était entrée à l'hôpital comme atteinte d'albuminurie gravidique avec œdème de la glotte et du poumon; elle accouche et meurt dans la soirée. A l'*autopsie*, on trouve des fausses membranes tubulées dans le larynx, la trachée et jusque dans les plus fines ramifications pulmonaires. Les poumons sont atélectasiés aux deux bases. Pas de lésions dans la gorge, rien dans les reins. M. Darier a examiné les fausses membranes, et trouvé tous les caractères histologiques de la diphthérie; c'est une diphthérie primitive du larynx propagée aux bronches.

16. M. Vallin présente un *ulcère de l'estomac*, dont la symptomatologie était celle d'un cancer bien caractérisé et terminé par mort subite.

A l'*autopsie*, on trouve un ulcère très large adhérant au pancréas et au duodénum par un point de sa circonférence, ouvert dans la cavité péritonéale d'autre part. Cependant, il n'y a pas d'épanchement dans cette cavité. On trouve un autre ulcère guéri auprès du cardia

Il est probable que la première ulcération adhérait aux organes qui la recouvraient dans toute son étendue, et que la rupture ne s'est faite qu'au moment de la mort.

17. M. Brissaud lit un rapport sur la candidature de M. Frémont au titre de membre adjoint.

Elections. — M. Brissaud est nommé *membre honoraire*. — M. Cuffer est nommé *membre correspondant* sur sa demande.

Séance du 10 avril 1885. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Barrillon présente un poumon, siége de kystes hydatiques multiples. Le poumon appartenait à un enfant.

2. M. Albarran montre une tumeur du rein dont la nature (sarcôme, phlegmon périnéphrétique suppuré) sera déterminée ultérieurement par le microscope.

3 M. Bourdel présente un foie qui, d'après M. Sabourin, est un type d'hépatite alcoolique aiguë; la sclérose est double, plus marquée autour des veines sus-hépatiques.

4. Kyste suppuré du lobe frontal gauche; par M. le Dr Richardière.

Affaiblissement de l'intelligence et de la motilité. — Absence de convulsions et de paralysie localisée. — Coma ultime. — Apparition, la veille de la mort, d'une hémiplégie droite portant sur les membres inférieur et supérieur, et sur le facial inférieur du même côté.

A l'autopsie : Méningite purulente de la base principalement, de la convexité des hémisphères accessoirement. Kyste suppuré siégeant dans la corne antérieure de l'hémisphère gauche; pénétration du pus dans le ventricule latéral gauche et le confluent inférieur de l'arachnoïde.

Mussy, Marie, âgée de 50 ans, domestique, entrée le 15 avril 1885, salle Sainte-Madeleine, lit nº 9, hôpital de la Charité (service de M. le professeur Peter).

La malade, au moment de son entrée à l'hôpital, était dans un état intellectuel qui ne lui permettait de donner aucun renseignement précis sur son état antérieur, sur sa manière de vivre, sur les conditions dans lesquelles s'est développée sa maladie.

L'enquête à laquelle nous avons dû nous livrer nous a appris qu'elle était domestique de sa profession. Elle passait pour très sobre. Nous n'avons pu savoir si son enfance et sa jeunesse avaient été maladives. Elle n'avait jamais eu d'enfants. Elle était domestique, et un mois avant son entrée à l'hôpital, elle avait été renvoyée par sa maîtresse, qui s'était aperçue que l'intelligence de Marie M... faiblissait. Elle oubliait les ordres donnés. Elle accomplissait sa besogne journalière avec mollesse et indifférence. Elle était devenue maladroite. A part ces signes de déchéance intellectuelle, sa maîtresse n'avait rien remarqué de spécial. Marie M... n'avait eu ni convulsion, ni vomissement, ni phénomène de paralysie appréciable. Elle ne se plaignait pas de mal de tête. Il lui arrivait parfois de tituber en marchant, et cela malgré sa sobriété certaine et contrôlée.

Chassée de sa place, Marie M... a mené pendant un mois une vie misérable. Elle est allée loger dans un hôtel garni; on a remarqué alors son indifférence pour les choses extérieures, la lenteur de ses réponses. On la considérait comme une femme d'esprit faible. Six jours avant son entrée à l'hôpital, elle monta dans sa chambre et n'en redescendit plus. Le logeur, inquiet sur le sort de sa locataire, monta voir ce qu'elle devenait, et le matin même de son admission, il la trouva assise sur une chaise, l'air hébété. Sa chambre ne paraissait pas en désordre. La malade n'avait pas dû se débattre dans des convulsions. D'après les renseignements recueillis, elle était restée pendant six jours sans boire ni manger. Ses vêtements étaient souillés d'urine et de matières fécales. On la fit transporter le jour même à l'hôpital.

Le 16 avril, quand nous la vîmes pour la première fois, son état était le suivant: Elle était plongée dans une sorte de demi-coma ou plutôt de somnolence. Son intelligence était nette, mais lente à percevoir. Elle ne parlait pas spontanément, mais elle répondait assez bien aux questions. Ses réponses étaient lentes à venir, mais correspondaient bien aux demandes. Elle ne se plaignait de nulle part et n'accusait qu'une sorte de lassitude, d'accablement général. Elle était couchée dans la position horizontale et pouvait se lever, quoique avec difficulté, sur son séant. Il n'existait aucune paralysie localisée. La motilité et la sensibilité à tous les modes étaient intacts. Les yeux étaient ouverts sans inégalité pupillaire, ni paralysie des muscles moteurs. Quand nous avons essayé de faire lever la malade, nous avons pu constater qu'elle éprouvait une grande difficulté à se tenir debout. La marche était impossible. Pressée de marcher, Marie M... exécutait une sorte de mouvement de rétropulsion, et c'était tout. Les réflexes tendineux des genoux étaient conservés. Il y avait de l'incontinence des urines et des matières. Tels étaient les signes relevant d'un désordre de système nerveux. Marie M..., le 16 avril, n'avait pas de fièvre, son pouls était rapide, mais régulier. Elle présentait une grande maigreur, une légère infiltration œdémateuse des membres inférieurs. Le cœur battait bien, avec un léger prolongement systolique à la pointe. Les artères étaient athéromateuses. Les poumons étaient normaux. Les urines ne renfermaient ni sucre ni

albumine. Il n'y avait pas trace de mousse sur la langue ni sur les lèvres.

Pendant les jours qui suivirent l'admission à l'hôpital, l'état resta à peu près le même. L'apathie fit néanmoins de rapides progrès. Les réponses devinrent de plus en plus difficiles, et bientôt elles furent impossibles. Marie M .. tomba dans un coma profond. Au bout de trois jours, on ne pouvait plus rien obtenir d'elle. En même temps, la fièvre commençait et la température allait montant de jour en jour. Le pouls restait régulier. L'amaigrissement se prononçait de plus en plus. Les yeux s'excavaient. Le ventre se rétractait. Il n'y avait toujours pas de paralysie localisée.

21 avril. Température élevée. 40°,4 (T. rectale); pouls rapide (135 pulsations), mais régulier; coma absolu. Un nouveau phénomène se montre : la tête est dans la rotation fixe, tournée du côté gauche; les yeux sont en déviation conjuguée avec la tête. Anesthésie complète, généralisée à toute la surface du corps, ou mieux absence de perception des sensations périphériques. A droite, il existe un état complètement flasque des membres supérieur et inférieur, qui sont manifestement paralysés. La flaccidité est un peu plus prononcée au membre inférieur qu'au membre supérieur. Le membre supérieur gauche présente un état semi-cataleptique. Il reste quelques secondes dans la position qui lui a été donnée. Nous notons un commencement d'eschare fessière médiane.

22 avril. Même état. Pouls extrêmement rapide, presque impossible à compter. Température très élevée. La rotation conjuguée de la tête et des yeux existe toujours. A la paralysie des membres du côté droit s'est ajoutée une hémiplégie de la face, portant sur le facial inférieur. L'orbiculaire de l'œil droit est respecté; mais la bouche est déviée à gauche; la joue droite se gonfle sous l'influence des mouvements respiratoires. — Mort le soir sans phénomène nouveau, sans convulsion d'aucune sorte.

Autopsie. — Os du crâne minces. — Dure-mère, rien de particulier. Un peu de gonflement des veines méningées qui se présentent à la surface de la dure-mère.

Hémisphères. — Face convexe. — Les veines de la pie-mère sont gorgées de sang noir. En certains points et surtout au niveau des confluents veineux, des sillons placés entre plusieurs circonvolutions, il existe un état louche, demi-purulent, des gaines vasculaires. En particulier, au sommet de la scissure de Rolando, à droite, on trouve une goutte de pus dans la gaine vasculaire.

Base du cerveau. — Au niveau de la base, entre la face antérieure de la protubérance et le chiasma, il existe un épanchement purulent infiltré dans l'arachnoïde. Cet épanchement siège manifestement sous l'arachnoïde, qui retient le pus dans les divers mouvements qu'on imprime au cerveau. L'arachnoïde est épaissie au point où siège cet épanchement. Les lèvres des deux scissures de Sylvius sont un peu adhérentes. Cette adhérence est due à la présence de bouts filamenteux qui réunissent les deux faces de la pie-mère. Pas de granulations le long des vaisseaux de la scissure. Hémisphère droit absolument normal à la coupe. — Hémisphère gauche : les circonvolutions qui bordent la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius présentent un ramollissement véritable, au niveau de leur pied. Les circonvolutions situées à la face inférieure du lobe frontal, en avant de la scissure de Sylvius, sont le siège d'un ramollissement encore plus prononcé. La substance grise qui les forme se désagrège sous le doigt et sous la pression d'un mince filet d'eau. Au-dessus de ces circonvolutions, nous constatons une saillie fluctuante, volumineuse, de la grosseur d'un œuf de poule. Les pressions exercées sur cette saillie en font sortir un pus verdâtre, bien lié, qui s'écoule par le ventricule latéral. Déjà, d'ailleurs, avant toute pression, le ventricule renfermait un peu de pus de même nature. Cette tuméfaction, après incision, se montre formée par une sorte de poche kystique renfermant du pus. La membrane d'enveloppe est épaisse de plusieurs millimètres (2 à 3); la face interne est lisse et régulière. Rien de particulier dans les autres organes. Le cœur présentait une légère altération athéromateuse de la valvule mitrale, qui pourrait expliquer le bruit systolique.

Cette observation montre une fois de plus combien peut être difficile le diagnostic des tumeurs cérébrales. Cette malade, au moment de son admission à l'hôpital, ne présentait aucun des symptômes classiques de cette affection. Elle n'accusait pas de mal de tête; elle n'avait pas eu de vomissements. Jamais elle n'avait eu de convulsions et elle n'avait alors aucune paralysie localisée. La maladie ne s'était révélée chez elle que par de l'affaiblissement de l'intelligence, une certaine faiblesse des membres; son état dominant était l'apathie et la demi-somnolence. Plus tard, en raison de la fièvre, du coma profond, le diagnostic de méningo-encéphalite s'imposait. Et ce n'est que la veille de la mort que les signes de lésion en foyer se sont montrés. C'est alors seulement que nous avons pu faire le diagnostic de lésion en foyer restée latente et ayant déterminé les phénomènes d'encéphalite de voisinage. Nous avions alors émis l'hypothèse que cette lésion en foyer pourrait bien être une tumeur, car nous avions observé des phénomènes analogues chez un malade dont nous avons présenté l'observation à la Société anatomique en 1883. Ce malade, atteint d'un sarcôme de la couche optique, n'avait présenté de phénomènes saillants qu'un coma profond. Il était mort avec des signes d'encéphalite.

La nature de ce kyste reste à déterminer. L'examen histologique sera pratiqué et nous montrera peut-être la véritable nature du néoplasme. Quant à la filiation des accidents, elle est assez simple. Cette malade portait un kyste dans son lobe frontal gauche. Ce kyste s'est probablement développé brusquement et a déterminé, par son accroissement de volume, les troubles cérébraux observés chez notre malade. Cet accroissement brusque est vraisemblablement aussi la cause de la suppuration de la poche, de l'irruption du pus dans le ventricule latéral gauche dans le confluent arachnoïdien, d'où méningite purulente consécutive.

5. Néphrite chronique. — Hémorrhagies cérébrale et vaginale; par M. Deleut

Marie S..., âgée de 19 ans, fille de brasserie, trouvée chez elle dans un état voisin du coma, fut transportée à l'Hôtel-Dieu le 13 mars, et placée dans le service de M. le professeur Richet. Les gardiens de la paix qui dirigèrent le transport ne purent donner aucun renseignement.

Le soir, la malade était plongée dans un état de stupeur profonde, mais non dans le coma. Elle tenait les yeux demi-ouverts et suivait du regard les personnes qui passaient ou les objets qu'on lui présentait. Fréquemment elle portait ses mains vers son front, comme si elle eût ressenti quelque douleur dans la tête. Lorsqu'on l'interpellait énergiquement, elle faisait effort pour répondre à la question posée; disait quelques mots sensés et nettement articulés mais s'endormait en quelque sorte au milieu de la phrase, de sorte qu'il était impossible d'en tirer aucun renseignement utile. La malade avait eu deux vomissements abondants de matières porracées. Il n'y avait pas de douleurs abdominales. On constatait la présence d'ecchymoses multiples siégeant sur toutes les parties du corps; l'une occupait la région palpébrale du côté gauche, mais n'avait aucun des caractères de celles qui sont symptomatiques des fractures de l'étage supérieur du crâne. La multiplicité de ces ecchymoses et leur siège varié firent penser que la malade avait été rouée de coups. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité ni de la motricité. La respiration était calme et régulière; la température normale.

Le 15, la malade est dans le même état de somnolence et de torpeur. Les vomissemente continuent; mais ils disparaissent le lendemain à la suite de l'ingestion de deux pilules d'opium de 0,10 centigr. La malade ne prend en fait d'aliments qu'un peu de lait et de bouillon. Elle n'a pas eu de garde-robes. Elle urine tantôt après avoir demandé le bassin, tantôt dans son lit. On constate qu'elle perd un peu de sang par le vagin.

Le 16, on trouve un léger degré de myosis avec immobilité pupillaire. La constipation reste opiniâtre et malgré la diversité et l'énergie des moyens employés, on ne peut en triompher que le 23. La malade a demandé le bassin.

Le 25, sans que la malade fût sortie de son état de stupeur, sans que la température fût écartée de la normale, à quatre heures du soir, il se fait par le vagin une hémorrhagie considérable. On crut à un avortement. A six heures, l'hémorrhagie était arrêtée. La malade était dans le même état, mais très pâle, très affaiblie, avec le pouls petit et rapide et une légère hypothermie; 36°,6. Dans la nuit, l'hémorrhagie se reproduisit et la malade succomba à 5 heures du matin. L'examen du sang ne permit pas de trouver de produit de conception.

Ainsi donc, la malade sans avoir présenté d'autres symptômes, qu'un état de stupeur profonde, une constipation opiniâtre et un très léger degré de myosis, succombe à une hémorrhagie qui se fait par le vagin.

L'autopsie prouva que l'utérus sain et nullement distendu, n'avait certainement pas été le siège de l'hémorrhagie; mais elle fit voir que l'écoulement du sang avait pris naissance dans le vagin; elle permit de reconnaître une hémorrhagie cérébrale considérable; enfin, elle révéla l'existence d'une lésion rénale qui a sans doute été la cause brusque de ces hémorrhagies multiples. Dans le vagin, on trouve quatre ulcérations, dont la plus grande a trois centimètres dans le sens antéro-postérieur et deux dans le sens transversal, dont la plus petite a les dimensions d'une pièce de deux francs. A l'œil nu, ces ulcérations paraissent superficielles; leurs bords ne sont pas épaissis. Après lavage, leur couleur ne diffère guère de celle du reste du vagin. Cependant, il est facile de les reconnaître à l'aspect irrégulier de leur surface. Au microscope, on ne trouve aucune trace de cellules épidermiques sur ces ulcérations, mais seulement des cellules embryonnaires, les unes tout à fait rondes, les autres un peu allongées. Sur les coupes perpendiculaires au plan des surfaces ulcérées, on voit cette couche de cellules embryonnaires se continuer sans modification jusqu'à la couche musculaire du vagin. Chose extraordinaire, les vaisseaux ne paraissent pas très abondants au niveau de ces ulcérations, qui ont été le siège d'une hémorrhagie assez abondante pour entraîner la mort immédiate. Les ulcérations du vagin sont rares. Celles dont il est ici question n'avaient aucun des caractères des ulcérations ou syphilitiques ou tuberculeuses. Elles n'ont pas été produites à l'hôpital, mais aucune tentative de tamponnement n'ayant été faite, doit-on les rapporter à une vaginite ancienne? Ou bien faut-il les rattacher à la néphrite et les rapprocher des ulcérations urémiques qu'on trouve dans l'intestin? C'est là ce qu'on ne saurait dire; mais quand bien même il n'y aurait aucun rapport entre l'existence de la néphrite et celle des ulcérations, il ne paraît pas douteux que l'hémorrhagie dont ces ulcérations ont été le siège, ne soit directement sous la dépendance de l'altération rénale, comme aussi l'hémorrhagie cérébrale que nous avons à étudier. Le foyer hémorrhagique occupe l'hémisphère droit. Il a 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 2 1/2 dans le sens transversal et à peu près 1 1/2 dans le sens vertical. Il a détruit la couche optique dans presque toute son étendue, les 2/3 antérieurs des deux noyaux du corps strié et la partie correspondante de la capsule interne. En dehors, le foyer s'étend jusqu'à l'avant-mur; en avant, il s'étend jusqu'au niveau du genou du corps calleux, en dedans, il n'est guère séparé de la cavité du ventricule que par la membrane de l'épendyme; mais il n'y a pas d'inondation ventriculaire. L'état du sang et de la paroi du foyer permet d'affirmer que l'hémorrhagie remontait au moins à une douzaine de jours. Il est intéressant de constater que cette hémorrhagie considérable ne s'est manifestée par aucun symptôme autre que les symptômes de compression cérébrale. Outre ces deux hémorrhagies considérables, il y avait encore dans l'ovaire gauche une véritable apoplexie, dont nous signalons seulement l'existence; car elle doit être étudiée en détail dans une thèse prochaine

Nous avons signalé au début de cette observation, les nombreuses ecchymoses que portait la malade. Celle-ci a toujours affirmé qu'elle n'avait pas reçu de coups. Malheureusement son état ne nous permet pas de faire grand fondement sur ces affirmations et nous n'avons pu avoir de renseignements précis d'autre part. Il eût été intéressant de savoir si on n'avait pas affaire dans ce cas à de véritables hémorrhagies du tissu cellulaire, hémorrhagies reconnaissant pour cause la même dyscrasie que les autres. La néphrite elle-même, néphrite mixte ou diffuse, ne présente d'autre intérêt que son existence. Nous n'avons pu déterminer son étiologie. Il n'y avait pas de sténose aortique ni d'hypertrophie du cœur. En l'absence de renseignements, on ne peut dire si cette néphrite chronique est le reste d'une néphrite consécutive à une pyrexie, ou le résultat d'un alcoolisme précoce.

Nous ne voulons pas insister sur ce que cette hémorrhagie cérébrale sans symptôme peut avoir d'intéressant. Nous ne cherchons pas à déterminer, ce qui serait impossible, si l'état semi-comateux présenté par la malade, doit être rapporté à l'urémie ou à l'hémorrhagie cérébrale. Ce que nous avons tenu surtout à signaler, c'est la rupture hémorrhagique qui, sous l'empire de la dyscrasie d'origine rénale, s'est portée à la fois sur le cerveau et les organes génitaux; c'est aussi la voie singulière et non signalée qu'a prise l'une des hémorrhagies, cause immédiate de la mort, la voie vaginale.

M. Cornil pense que les ulcérations du vagin ont pu être causées par la néphrite ou par un corps étranger. Il est difficile de se prononcer.

M. Gilbert compare ces ulcérations aux ulcérations urémiques de l'intestin.

6. Un cas de péritonite tuberculeuse confondue avec une cirrhose atrophique; par Léonard, interne des hôpitaux.

Au n° 25 de la salle Cruveilhier, est couché le nommé *Loëssard Joseph*, âgé de 40 ans, charretier. Ce malade est entré à l'hôpital *Laënnec* le 23 janvier 1885, *service de* M. Ferrand. Depuis 1870 ce malade s'enrhume tous les hivers; sa toux diminue pour disparaître aux approches du printemps. Il tousse plus que d'habitude depuis 3 semaines, crache avec difficulté et sous l'influence de la toux, fréquemment répétée, il éprouve des douleurs au niveau des attaches du diaphragme. — Il ressent également les douleurs permanentes et classiques sous-sternales et interscapulaires de la bronchite aiguë. Aussi pour ces raisons entre-t-il à l'hôpital.

Antécédents. Son père est mort accidentellement, sa mère est morte, mais il ne sait de quelle maladie; il ne peut dire si elle toussait. Il a un frère qui est à Saint-Antoine et qui tousse beaucoup depuis plusieurs mois déjà. Lui-même, il y a 5 ans, est entré à Saint-Antoine pour une fièvre typhoïde qui a duré six mois — quelque temps après il rentre à l'hôpital pour une fracture de côtes, qui a mis six semaines à guérir.

Etat actuel. Le faciès est un peu rouge, animé, la peau est chaude. — P. 100 T. 38°. Rien au cœur, la langue est légèrement saburrale; il a perdu l'appétit, ne vomit pas, n'a pas de coliques, va régulièrement à la selle. Dans tout le cours de sa maladie, nous avons examiné plusieurs fois l'urine, et jamais nous n'avons observé la moindre trace d'albumine. — Ce malade a de fréquents cauchemars; de plus il a des crampes, des fourmillements et des picotements dans les mollets; il a du tremblement des mains et de la langue et depuis longtemps la pituite glaireuse du matin. — Cet homme est donc nettement alcoolique. Du reste il boit chaque jour une grande quantité de vin et d'alcool et s'enivre très souvent. Les crachats que le malade rejette sont blanchâtres, spumeux, légèrement filants. Remarquons bien qu'il n'a pas maigri, n'a jamais eu d'hémoptysie, ni eu de filets de sang dans ses crachats.

En avant, et du côté gauche l'inspiration est un peu

granuleuse, — en arrière, râles ronflants et sibilants généralisés; quelques râles sous-crépitants disséminés. Pour remédier à cet état bronchitique, M. Ferrand fait placer 30 ventouses sèches et donne un ipéca stibié. — le lendemain le malade est à peu près dans le même état : 30 ventouses sèches lui sont de nouveau appliquées. Le surlendemain à notre contre-visite l'oppression était plus forte que d'habitude; les râles étaient beaucoup plus nombreux ; le ventre augmente considérablement de volume, faisant saillie au-dessous du rebord des fausses-côtes : à la percussion nous avons constaté une matité à concavité supérieure, se déplaçant avec le malade et au-dessus un son tympanique ; il y avait donc ascite. Dans l'espoir de diminuer cette oppression, qui augmentait en dépit du traitement préalablement institué, nous avons cru devoir faire une ponction, grâce à laquelle il a été retiré cinq litres d'un liquide séreux jaunâtre, mousseux, se prenant en masse par l'acide nitrique (véritable liquide ascitique). N'était-il pas alors naturel de penser que cette ascite pouvait être due à l'état alcoolique du malade : au surplus la rate descend de 3 à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes ; le foie est normal, sinon diminué de volume ; — nous avons donc conclu à une cirrhose atrophique. Cinq à six jours après le bandage de corps qui avait été appliqué, fut enlevé : le liquide n'est pas reproduit; au-dessous et à droite de l'ombilic on constate une plaque rouge, un peu saillante. — M. Ferrand constate que le ventre est un peu dur, rénittent à la palpation et cela surtout du côté droit; il nous montre cette différence s'accusant de plus en plus, et enfin nous fait constater l'existence d'une tumeur occupant tout le côté droit de l'abdomen depuis les fausses côtes droites, jusqu'à la crête iliaque correspondante et dépassant un peu l'ombilic du côté gauche. En déprimant le ventre on sent nettement le bord gauche de la tumeur, lequel s'épaissit de plus en plus ; en même temps elle diminue un peu de largeur.

Cette tumeur n'est pas adhérente au foie, car entre les fausses côtes et celle-ci, il existe un intervalle de deux travers de doigt parfaitement sonore à la percussion. Il semble, dit M. Ferrand, que le grand épiploon soit replié sur lui-même à la façon d'un tablier dont on aurait relevé l'un des coins : aussi conclut-il à une tumeur épiploïque. La rougeur de la peau disparaît petit à petit, de sorte que la tumeur épiploïque, qui semblait vouloir s'ouvrir au dehors, est entrée en résolution en même temps qu'elle a subi ce mouvement de retrait dont nous avons déjà parlé. Cette tumeur est-elle de nature tuberculeuse ou cancéreuse ? Le malade a souvent des coliques, de la diarrhée, maigrit : aussi pour obvier à ces graves désordres, on lui donne du bismuth des pilules d'acétate de plomb, des opiacés et enfin de l'extrait mou de quinquina — du reste il est soumis au régime lacté depuis son entrée à l'hôpital.

M. Brault, médecin des hôpitaux, remplace M. Ferrand depuis le 1er Avril.

Le malade est miné par la fièvre hectique. La température du malade oscille entre 38° et 40° — il existe de grands écarts de température (1° 5 et plus) entre la température du matin et celle du soir. Les râles sous-crépitants se généralisent et quelquefois ils sont si nombreux que sous l'influence de la toux ils simulaient un véritable gargouillement. Il maigrit de plus en plus, s'étiole, transpire beaucoup, et rejette des crachats épais, visqueux, jaunâtres. Le ventre qui était volumineux au début, est actuellement rétracté en bateau : aussi, en présence de ces faits, M. Brault conclut à une péritonite tuberculeuse. — La tumeur que l'on sent n'est autre chose que le grand épiploon farci de tubercules. L'autopsie jointe à l'examen histologique est venue confirmer ce diagnostic.

Autopsie. La paroi abdominale est intimement unie à la tumeur sous-jacente du côté droit – cette adhérence est telle qu'il faut sculpter la paroi abdominale du tissu morbide Du côté gauche le péritoine pariétal est très épaissi (1 cent.) — au-dessous et à droite est la masse épiploïque dont nous avons parlé, épaisse de 6 à 7 cent. au moins ; elle est séparée, comme nous l'avait fait remarquer M. Ferrand, du bord inférieur du foie, par un espace de deux travers de doigt environ. Çà et là existent dans son épaisseur des masses jaunâtres ramollies : véritables abcès tuberculeux. Les anses intestinales adhèrent ensemble : ici on peut rompre les adhérences avec une légère traction, là l'adhérence est si intime qu'on a peine à les isoler, leurs parois sont atrophiées ; sous la tunique péritonéale des intestins, il existe un véritable semis de granulations tuberculeuses. Le mésentère lui-même est très épaissi, présente en grande quantité les mêmes granulations et contient dans son épaisseur quelques ganglions mésentériques volumineux. La rate est perdue au milieu d'une masse épiploïque volumineuse : elle se présente sur une coupe sous la forme d'une pulpe rougeâtre entourée d'un cercle blanc jaunâtre de 3 à 4 centim. d'épaisseur et dont il est complètement impossible de la séparer. Il existe au sommet des poumons, quelques granulations tuberculeuses : le reste est congestionné, splenisé. Granulations tuberculeuses sur le foie et les reins; rien aux organes génitaux ni au cerveau.

Réflexions. — Cette observation montre une fois de plus qu'on peut facilement confondre une péritonite tuberculeuse avec une cirrhose atrophique : ici en effet nous avons affaire à un homme nettement alcoolique, présentant une ascite considérable avec pseudo-hypertrophie de la rate (cet organe ayant été enveloppé d'une masse épiploïque très épaisse).

Le foie du reste était séparé de deux travers de doigt de la tumeur formée par le grand épiploon, de sorte qu'en percutant de haut en bas, on arrive au niveau des fausses côtes, et on a de la sonorité Si nous avions eu la sagesse de continuer cette percussion de haut en bas, peut-être à l'entrée du malade à l'hôpital, aurions-nous trouvé de la matité au grand épiploon, et évité ainsi cette erreur de diagnostic.

M. Brault a examiné les nodules de l'épiploon et les a trouvés extrêmement riches en bacilles de Koch.

M. Jendrassik est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 janvier 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Vidal en quittant la présidence remercie la Société et fait l'analyse des principaux sujets qui ont été exposés et discutés dans le courant de l'année au sein de la Société. Il termine par l'éloge de N. Guéneau de Mussy, ancien président, mort en 1885.

M. Féréol donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Dechambre au nom de la Société.

L. Gouguenheim a répété les expériences de traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intrapulmonaires de bichlorure de mercure, expériences déjà faites par plusieurs médecins tels que Singleton-Smith, Nothnagel, Lépine (ce dernier dans la pneumonie seulement), en Amérique Baverly Robinson les avait pratiquées avec de l'iodoforme incorporé à l'éther ou à l'huile. L'auteur n'a employé ce mode de traitement que dans les cas de cavernes avec gargouillements. L'injection était faite dans le premier espace intercostal à gauche; ou bien dans le premier ou le deuxième à droite et toujours assez loin du bord du sternum ; exceptionellement le point choisi était sur la ligne axillaire ou au-dessous de la pointe de l'omoplate. L'injection était pratiquée avec une seringue de Pravaz ordinaire ; le liquide employé était une solution tiède de bichlorure de mercure dans l'eau à 1/200 ou 1/500 mais le plus souvent au millième. Le liquide était poussé très doucement ; la dose était d'une seringue soit environ 1 cent. cube contenant par conséquent de 1/2 à 2 milligr. de bichlorure suivant la solution; jamais il n'y eut de douleur appréciable, parfois on observa immédiatement un peu de toux; très-rarement une légère hémoptysie. L'auteur obtint constamment et très rapidement un amendement notable des signes fournis par l'auscultation; les gargouillements, les craquements et l'expectoration diminuèrent, mais cet effet était très fugace et pour peu que l'on cessât les inoculations, tout revenait à l'état primitif. A l'autopsie, on put observer de

l'épaississement du liquide contenu dans les cavernes et dans deux cas les parois des cavernes semblaient participer à l'amélioration. Dans 33 cas on obtint 21 fois un mieux général manifeste; mais il était nécessaire de pratiquer les injections quotidiennement pendant 15 à 20 jours de suite. Dans le catarrhe chronique on n'eut aucun résultat; dans la pleurésie purulente l'effet fut assez bon.

M. Dieulafoy rappelle qu'en 1881 il a essayé les injections intrapulmonaires de glycérine phéniquée au 20e et au 100e, mais seulement dans les cavernes. Il ne fit que 15 à 18 injections, tant les résultats furent nuls. Pour lui ce procédé ne devrait pas avoir d'autre but que d'agir sur les liquides septiques contenus dans les cavernes; vouloir atteindre le microbe serait illusoire. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

Laparotomie. — M. Berger fait un rapport sur quatre observations de *laparotomie pour tumeurs abdominales*. Ces observations ont été adressées à la Société par M. Jeannel. Les deux premières ont trait, l'une à un kyste de l'ovaire, l'autre à un myome utérin énorme; les opérés guérirent. La troisième présente un intérêt particulier; l'opération fut amenée par une erreur de diagnostic: une masse cancéreuse de l'intestin grêle ayant été prise pour un kyste de l'ovaire; l'opérée succomba à une péritonite. M. le rapporteur fait remarquer que pareille erreur a été fréquemment commise, et qu'il est impossible de l'éviter; cependant, il eût préféré une résection intestinale à l'établissement d'un anus contre nature, comme le fit M. Jeannel. La quatrième est analogue: un cancer des ganglions mésentériques ayant été pris pour une tumeur ovarienne; l'affection se compliquait de la présence d'une ascite chyleuse,

M. Terrillon a rencontré l'ascite chyleuse avec une tumeur végétante de l'ovaire, dont les végétations étaient devenues graisseuses; il pense que la graisse de l'épanchement provient d'une sorte de fonte des végétations dégénérées.

M. Verneuil fait remarquer que beaucoup de ces liquides, d'apparence chyleuse ou lactiforme, sont d'origine parasitaire, et qu'à l'examen chimique il convient d'ajouter l'examen microscopique.

M. Bouilly a opéré une malade atteinte d'un double kyste ovarien; les suites immédiates de l'opération furent excellentes; mais, deux ans après, la malade succomba à des accidents d'obstruction intestinale; il lui semble impossible de ne point établir une relation de cause à effet entre l'opération et l'obstruction.

M. Terrier rappelle que ces faits d'obstruction survenant après l'ovariotomie sont classiques, et qu'il faut distinguer les symptômes primitifs d'obstruction, le plus souvent sous la dépendance d'une péritonite, et les obstructions vraies qui surviennent plus tard.

M. Duplay pense que dans ces faits d'obstruction il faut distinguer, comme l'a dit M. Terrier, les accidents immédiats qui relèvent de péritonisme ou même de péritonite, et les accidents qui surviennent des mois ou des années après l'opération; dans ces derniers, il s'agit d'étranglement véritable dont les agents sont des brides ou des adhérences.

M. Berger pense que dans le cas rapporté par M. Jeannel il s'agissait d'une véritable obstruction, car les vomissements fécaloïdes persistèrent pendant 6 jours.

M. Terrier rappelle que les vomissements fécaloïdes sont presque classiques dans certaines formes de péritonite.

M. Duplay a publié un mémoire renfermant quinze observations de péritonite traumatique avec vomissements fécaloïdes.

Prix Duval. M. Pozzi lit le rapport de la Commission du prix Duval.

Hystérectomie vaginale. — M. Terrier rapporte une troisième opération d'hystérectomie vaginale pour cancer du col. La malade ayant été préparée par des injections antiseptiques, fut opérée au mois de novembre 1885; les culs-de-sac furent d'abord détachés et ouverts, puis les ligatures et la section des ligaments larges fut faite sans grandes difficultés. Cependant une ligature s'étant détachée, il fallut appliquer deux pinces à forcipression qui furent laissées dans la plaie. Les suites de l'opération ont été assez simples; la malade pouvait se lever au quinzième jour. M. Terrier fait remarquer qu'il lui fût fort difficile d'abaisser l'utérus, — que la forcipressure peut remplacer les ligatures si difficiles à placer sur les ligaments larges, — et que le temps le plus long de l'hystérectomie est ainsi fort abrégé.

M. Verneuil préfère à l'hystérectomie, l'amputation du col, qui lui a donné dans 15 cas, une survie de 18 mois en moyenne et dont les dangers sont infiniment moindres que ceux de l'hystérectomie.

M. Després critique les ablations totales, prodigieusement dangereuses, et les ablations partielles, inutiles la plupart du temps.

M. Terrillon rappelle que Spencer-Wells vante aussi la forcipressure, mais qu'il laisse les pinces en place 48 heures. M. Terrillon adopterait cette conduite, car 24 heures ne lui paraissent pas un temps assez long quand la pince a pris, avec une certaine épaisseur de tissus, la grosse artère utéro-ovarienne.

M. Tillaux donne des nouvelles de la malade à laquelle il a fait l'hystérectomie vaginale. Bien que les lésions utérines fussent très limitées, la récidive eut lieu dans la plaie dès la sixième semaine après l'opération, et depuis la malade a succombé à la cachexie. M. Tillaux n'a pas été encouragé à recommencer et il se demande si l'ablation cunéiforme du col ne donne pas des résultats aussi favorables sans exposer à autant de dangers. Pourtant, il ne peut conclure en faveur de l'une ou de l'autre de ces opérations.

M. Richelot vante l'application des pinces hémostatiques pour remplacer les ligatures des ligaments larges, et se propose de les employer exclusivement dans une prochaine opération.

M. Duplay signale à ce propos le procédé de Schröder, qui lie d'abord la moitié inférieure des ligaments larges, coupe cette moitié, et peut alors faire basculer l'utérus de telle sorte que la ligature de la moitié supérieure des ligaments devient beaucoup plus facile.

M. Pozzi pense que ce procédé, excellent d'ailleurs, n'est pas applicable à tous les cas, car il est de gros utérus qu'on ne peut faire basculer. Il insiste sur la nécessité d'éloigner autant que possible au bord de l'utérus les ligatures, si l'on veut éviter les hémorrhagies consécutives, et de débrider le bord inférieur des ligaments larges pour faciliter l'abaissement.

M. Terrier ne comprend pas comment on peut être d'avis que des opérations incomplètes sont aussi bonnes au point de vue de la récidive que les opérations complètes. Au point de vue des dangers de l'opération, il est d'avis que ces dangers iront s'atténuant avec les améliorations que l'expérience apportera au manuel opératoire.

Paul Poirier.

Rupture d'un kyste de l'ovaire durant le coït. — M. Peck a communiqué à la Société médicale de New-Orléans l'histoire d'un cas de kyste de l'ovaire qui s'est rompu durant le coït et, contrairement à ce qu'ont rapporté divers journaux, la malade a survécu et se porte maintenant parfaitement bien: c'est ce qui ressort d'une lettre de M. F. Peck, insérée dans le numéro de juillet du *Journal of the American medical-Association*. — Nous avons eu l'occasion de voir deux fois disparaître des kystes de l'ovaire: une fois, *spontanément*, chez une vieille femme du service de M. Charcot à la Salpetrière; une seconde fois, à la suite d'une chute, chez une jeune femme. Dans le premier cas, la tumeur ne s'est pas reproduite, dans le second elle a reparu.

REVUE MÉDICALE

I. **Cholera curable. A demonstration of the causes, no-contagiousness and successful treatment of the disease** by John CHAPMAN. — London, chez Churchill et Paris, Galignani, 224, rue de Rivoli, 1885 (1).

II. **Le choléra d'après le Dr don Jaime Ferran**; par le Dr DUHOURCAU, chez G. Carré, 112, boulevard Saint-Germain, 1885.

III. **Colerizacion Ferran. — Estadisticas de la inoculacion preventiva del colera morbo asiatico.** 1re série. — Valencia, libreria de Ramon Ortega, 1885.

IV. **Origen del colera y causas de su desarrollo en Europa en 1884**; par OVILO Y CANALES. — Madrid, chez Manuel Hernandez, 1885.

V. **Le choléra n'est ni transmissible, ni contagieux**, étude critique et pratique par un RATIONALISTE. — Paris, chez J.-B. Baillière, 1885.

I. Dès 1865, l'auteur de ce livre avait affirmé l'origine purement nerveuse de la diarrhée et du choléra, et avait proposé un mode de traitement reposant sur cette hypothèse pathogénique : l'emploi du froid appliqué le long de la colonne vertébrale. A maintes reprises, M. Chapman avait affirmé sa théorie; nous avons d'ailleurs analysé jadis une petite brochure qu'il avait rééditée au moment de l'épidémie de 1884 (1). Actuellement, c'est un véritable volume qu'il publie, volume d'ailleurs fort intéressant. M Chapman, en effet, ne se contente plus de l'exposé de sa méthode, mais il veut justifier son emploi en montrant qu'elle se déduit naturellement de la nature pathogénique du choléra, qui, pour lui, est tout autre que celle qu'on admet ordinairement, puisqu'il qualifie le choléra de maladie du système nerveux. Partant de ce point de vue, qu'il cherche à établir en se basant sur un grand nombre de faits qui, d'après lui, prouvent évidemment que le choléra n'est pas contagieux, il montre comment « tous les symptômes du choléra sont dus à la quantité anormale et *superabondante* du sang dans la moelle et les centres nerveux sympathiques, et à leur activité excessive et *préternaturelle.* » Sur 38 symptômes caractéristiques du choléra que l'auteur a indiqués, 21 seraient produits par l'activité morbide excessive de la moelle. Passant alors à l'étude des causes prédisposantes et déterminantes du choléra, M. Chapman étudie une foule d'influences diverses et chaque fois il interprète les données expérimentales d'après sa théorie; c'est ainsi que pour lui les eaux impures produiraient le choléra en agissant sur les branches terminales des nerfs sensitifs de la muqueuse du tube digestif Un long chapitre est consacré à la discussion des théories microbiennes que l'auteur. bien entendu, combat très vivement; on trouve là un grand nombre de faits, dont quelques-uns inédits ou peu connus, et que l'auteur a accumulés pour montrer la fausseté de toutes les doctrines bacillaires appliquées à la pathogénie du choléra. C'est là un chapitre intéressant; l'auteur fait en effet ressortir tous les points faibles de la doctrine de Koch, et, tout en ne partageant pas sa manière de voir, on ne peut s'empêcher de le lire avec soin. Après avoir fait successivement le procès des désinfectants, des quarantaines, qu'il combat bien entendu de toutes ses forces; après avoir montré les difficultés, l'impuissance presque complète du traitement médical du choléra, l'auteur expose tout au long sa méthode de traitement, qui consiste dans l'application d'un sac de caoutchouc plein de glace tout le long de la colonne vertébrale. Le *modus faciendi*, les précautions à prendre, la médication adjuvante, les résultats fournis par ce procédé, etc., tout est exposé avec grand détail. Enfin, l'auteur indique les succès remarquables fournis par sa méthode durant la dernière épidémie, à la Charité, dans le service de M. le professeur Peter. Celui-ci, d'ailleurs, a récemment exposé ces faits dans sa communication à l'Académie de médecine. Nous n'avons donc pas à y insister ici. En terminant, M. Chapman montre l'analogie qui existe entre le choléra et le mal de mer, et comment la même méthode thérapeutique guérit les deux maladies. Un grand nombre d'attestations de nombreux médecins, insérées à la fin de l'ouvrage, constatent les bons résultats obtenus par l'emploi du sac à glace du Dr Chapman. C'est là, en somme, un ouvrage consciencieusement fait, rempli de faits curieux et ordinairement contraires aux données admises généralement aujourd'hui sur la pathogénie du choléra. C'est précisément à cause de cela que ce livre est intéressant; il est bon lorsqu'il s'agit d'une question, devenue aussi complexe que celle du choléra, d'avoir un grand nombre d'observations de significations diverses, d'interprétations variables; en toute discussion scientifique, à côté des faits probants qu'accumulent les défenseurs d'un point de vue, l'étude comparative de faits contradictoires permet de porter un jugement plus valable. Quant à la méthode thérapeutique de l'auteur, étant donnés les résultats obtenus et le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques ordinaires proposés contre le choléra, il y a tout lieu de la répandre et de l'essayer, le cas échéant, abstraction faite de toute idée doctrinale.

II. M. Duhourcau, le premier, a fait connaître au public scientifique l'ensemble de la doctrine et des travaux du Dr Ferran. Nous avons jadis parlé de son intéressante brochure. Aujourd'hui la question a beaucoup marché, Ferran a fait parler de lui dans le monde entier, il a pratiqué des milliers de vaccinations, une vive polémique s'est engagée un peu partout au sujet de ses travaux; M. Duhourcau a pensé qu'il serait intéressant de réunir tous les documents importants touchant à la question. Dans les premiers chapitres, il décrit tout d'abord M. Ferran lui-même, sa biographie, son évolution scientifique; puis ensuite son bacille, sa morphologie, son évolution vitale, ses propriétés morbifiques et préventives; viennent ensuite quatre lettres de Ferran adressées à l'auteur. M. Duhourcau donne alors le résumé des principales recherches microbiologiques récentes relatives au bacille virgule, il analyse les travaux d'Emmerich, Klein, Ceci, Van Ermengem, Doyen, Bouchard. L'opinion de plusieurs journaux espagnols et sociétés savantes d'Espagne est indiquée ensuite, ainsi que les résultats fournis par les premières statistiques publiées par Ferran. Dans les chapitres suivants, l'auteur donne des extraits de quelques articles publiés pour et contre la doctrine de Ferran dans divers journaux français, puis il fait l'histoire de la mission française, celle des voyages en Espagne de MM. Métadier et Gibier, et des polémiques qui se sont produites à ce sujet. Enfin, il termine en faisant l'analyse des notes de M. Ferran à l'Académie des sciences, et de celles de MM. Nicati et Rietsch sur l'atténuation du virus cholérique, et de Chauveau sur l'atténuation du virus du sang de rate par l'oxygène comprimé. Le dernier chapitre est intitulé « le secret du Dr Ferran; » on peut y lire l'histoire de la polémique du journal *le Temps*, qui a fait assez de bruit à ce moment. Enfin, M. Duhourcau donne les dernières nouvelles de Ferran, reçues fin juillet 1885. Hélas! les choses ont marché depuis lors; nous avons raconté ici même la suite de l'histoire de Ferran et de sa vaccination, ses malheurs en statistiques, dont la 1re série, paraphée par les autorités civiles et religieuses, reposant sur des chiffres controuvés, ne saurait être considérée comme valable; ses variations scientifiques, etc. Or, voici que dernièrement (1) Chantemesse, ayant pu étudier son vaccin absolument authentique, y a trouvé peu de bacilles virgules, mais plusieurs autres variétés de microbes, et n'a jamais pu vacciner un seul cobaye: mais en revanche, a pu en tuer avec des microbes provenant du vaccin destiné à l'homme. Enfin, tout récemment, les journaux politiques, après avoir raconté maints graves accidents survenus à la suite des vaccinations de Ferran, annonçaient que les commissaires délégués par le gouvernement espagnol pour surveiller les vaccinations avaient émis l'avis qu'elles devaient être absolument interdites comme inefficaces et parfois dangereuses. Ceci pourrait servir d'épilo-

(1) Une édition française de cet ouvrage est sous presse et va incessamment paraître.

(1) *Progrès médical*, p. 650, 1884.

(1) *Académie de Médecine*, 15 septembre 1885.

gue à l'ouvrage de M. Duhoureau, qu'il faut remercier d'avoir entrepris et mené à bonne fin la tâche ingrate qu'il s'était imposée et dont le livre sera lu avec curiosité par tous ceux qui s'intéressent aux recherches microbiologiques, dans l'histoire desquelles la tentative de Ferran pourra compter comme un bien étrange épisode.

III. Ce que nous venons de dire des statistiques de Ferran nous dispensera, je pense, d'insister plus longtemps sur cette brochure, dont les chiffres doivent être tenus pour suspects et dont quelques-uns sont certainement faux. (Tels sont ceux qui indiquent la population totale des villes.)

IV. Rien de bien neuf à signaler dans cette brochure. C'est un consciencieux travail sur le mode d'invasion du choléra en 1884 à Toulon et à Marseille, auquel fait suite un résumé historique des diverses épidémies de choléra qui ont sévi à Toulon depuis 1835 jusqu'à nos jours. Un graphique fort clair permet de suivre facilement la marche des diverses épidémies par le nombre des morts.

V. A la prose du verbeux auteur de ce volume sans signature, la critique pourrait faire de vertes réponses portant aussi bien sur le fond que sur la forme, et rappeler cet écrivain au respect des convenances. Nous pensons que le silence convient mieux quand il s'agit d'un auteur qui refuse de se faire connaître. D'ailleurs, ce n'est pas par des phrases, des affirmations, de stériles discussions, de simples interprétations des faits qu'on peut jeter un peu de jour sur cette si difficile question du choléra. C'est dire que nous trouvons ce livre à tout le moins inutile; nous ne pouvons qu'en déconseiller la lecture, sauf à ceux que pourrait intéresser une polémique conduite avec la plus vaniteuse partialité, par une personne affichant le plus absolu mépris pour les idées nouvelles et les maîtres éminents qui les professent. L. CAPITAN.

THÉRAPEUTIQUE

Chlorose et albuminate de fer ;

Par le Dr Albert BLONDEL, ancien interne des hôpitaux.

La présence du fer dans l'hémoglobine a une importance physiologique capitale ; car, c'est à ce fer qu'est due la fonction globulaire, c'est-à-dire la fixation de l'oxygène, un atome de fer fixant deux atomes d'oxygène. Or, la chimie pathologique nous a appris, il y a longtemps déjà, que c'est à la diminution de l'hématine, élément ferrugineux de l'hémoglobine, que remonte en dernière analyse les phénomènes de la chlorose, de cet état pathologique que Piorry a qualifié d'*achalybémie* et Pujol de *déferrugination*, longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Chlorose et fer sont donc deux termes corrélatifs, indissolubles. Mais pour obtenir de ce fer les bénéfices que l'on est en droit d'en attendre, il ne suffit pas bien entendu de le porter dans l'estomac brutalement et sans préparation préalable; il faut que ce fer soit accepté, oxydé, élaboré, pour sa combinaison nouvelle, avec l'élément globulaire ; d'où l'obligation étroite de tenir compte, dans le choix d'un ferrugineux, de la dépression d'un organisme dont les facultés de digestion et d'assimilation sont amoindries, languissantes. C'est, croyons-nous, parce que l'on transgresse parfois cette notion primordiale que l'on se heurte trop souvent à des déceptions et à des mécomptes dus à une médication toujours héroïque quand elle est bien conduite.

C'est à l'appui de cette manière de voir que nous rapportons l'observation suivante :

OBSERVATION. — Mlle E..., âgée de 18 ans, est d'une extrême pâleur, pâleur d'apparence cireuse, les muqueuses sont décolorées et se confondent avec la peau. Cette jeune personne se plaint de fréquents maux de tête, elle éprouve une faiblesse générale : sous l'influence de la moindre émotion des palpitations se produisent et les joues se colorent subitement, mais le visage reprend bientôt sa pâleur. Il y a une légère bouffissure des paupières.

A l'auscultation, on constate un bruit de souffle doux à la base du cœur et au premier temps, un bruit de souffle intermittent dans les artères carotides et un bruit de diable continu à renforcement dans les jugulaires. Aucun trouble du côté des voies respiratoires. L'appétit est diminué et les fonctions digestives s'accomplissent mal. Constipation opiniâtre et tympanisme.

Mlle E... a été réglée à 15 ans et demi, d'abord à des intervalles trop rapprochés (tous les 20 jours environ) et très abondamment, puis les menstrues ont été supprimées ne survenant qu'à des époques plus ou moins éloignées, tous les 2 ou 3 mois, s'accompagnant chaque fois de très vives douleurs. Dans l'intervalle des règles, un peu de leucorrhée transparente, parfois blanchâtre ou muco-purulente.

Un traitement ferrugineux avait été institué. La limaille, le fer réduit, le carbonate de fer avaient été successivement employés, mais sans grand succès et on avait dû assez vite interrompre la médication par suite des troubles gastriques et de la constipation de plus en plus accentuée.

En dépit de résultats aussi peu encourageants, et en présence des manifestations d'une chlorose, si nettement caractérisée, il nous parut cependant nécessaire de revenir à l'agent indispensable, le fer, en faisant porter notre choix sur un ferrugineux d'assimilation très douce. Préalablement, nous avons fait prendre des amers destinés à lutter contre l'inertie de l'estomac et conseillé contre la constipation, l'usage de légers purgatifs, après quoi nous prescrivons l'albuminate de fer (formule Laprade), à la dose d'une cuillerée à bouche après chaque repas.

Le résultat ne fut pas sans doute immédiat et pendant 3 jours, la médication anti-phlogistique dut nous venir en aide (lavements avec 10 gouttes de laudanum et quelques gouttes de belladone à l'intérieur). Au bout de quelques jours, le fer sous cette forme fut parfaitement accepté sans amener le moindre trouble des fonctions digestives. Les effets du traitement ne tardèrent pas à se manifester d'une façon très nette. L'anhélation, les palpitations diminuèrent graduellement, le teint reprit une coloration normale ; enfin la menstruation reparut régulière. Nous pouvions dès lors considérer la guérison comme obtenue.

Nous étions en droit de nous attendre à cet heureux effet de la médication suivie. Dès longtemps, nous connaissions la facilité d'assimilation de l'albuminate de fer ; nous avions déjà constaté son utile influence dans divers cas d'aménorrhée. Or la chlorose, d'après le professeur Monneret, étant le plus souvent une anémie dépendant des fonctions génitales, nous devions tout naturellement être conduits à ce mode de préparation du fer pour combattre une affection où les troubles de la menstruation entrent pour une si large part.

Nous estimons aussi qu'une part du succès que nous retirons journellement de l'emploi de la *Liqueur de Laprade* est due à son alcalinité, l'albuminate de fer ne pouvant être rendu soluble qu'à l'état alcalino-ferrique. Nous sommes, sous ce rapport, de l'avis de Barns, qui résume ainsi ses différentes publications sur la chlorose : « Il faut commencer par calmer l'irritabilité vasculaire, pour préparer l'absorption du fer; c'est ce que feront les alcalins... On obtient, ajoute-t-il, si souvent une telle amélioration au moyen de ce traitement qu'on ne peut s'empêcher de voir que le sang a besoin d'alcalins aussi bien que de fer et qu'il a besoin d'abord d'alcalins ; ce qu'on obtient dans la transfusion confirme ce que j'avance, c'est une véritable résurrection qui suit l'injection du liquide alcalin. »

BIBLIOGRAPHIE

La femme ; essai de sociologie physiologique ; par le Dr H. Thulié. — Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, 1885.

C'est un bien vaste sujet qu'a entrepris de traiter M. le Dr Thulié : le sous-titre indique les points de vue auxquels l'auteur s'est principalement placé. Mais en somme, dans cette longue étude, M. Thulié a envisagé toutes les faces de son sujet si complexe. Dans une première partie, l'au-

teur étudie ce qu'a été la femme dans l'antiquité ; il la montre au début de l'origine de l'humanité, réduite au rôle de bête de somme, comptant pour l'homme un peu moins que son chien, objet d'accouplement et rien de plus. De ce rang infime, on la voit monter à celui d'esclave ; elle est devenue la chose de l'homme, sa propriété. Bientôt le maître exigea des enfants à lui, et l'esclave devint reproductrice ; c'était là le rôle de la femme romaine aux premiers temps de la République. Plus tard, aux belles époques de la licence impériale, la femme redevient libre, mais elle abuse de cette liberté dont elle est incapable de jouir. Mais vient alors le Christianisme qui frappe de ses foudres la femme et la considère comme une impure, l'union sexuelle comme un acte diabolique. Puis, voici que les barbares envahissent l'empire romain ; l'auteur étudie à ce sujet la condition de la femme germaine. Il suit ensuite l'évolution de la femme au moyen âge, puis à la renaissance, montre sa grandeur et sa décadence et arrive enfin à l'époque actuelle.

Dans la seconde partie intitulée : *Ce qu'elle est*, l'auteur fait d'abord un sombre tableau de la jeunesse du monde, il nous présente l'évolution du petit *crevé*, son rôle au point de vue féminin, la déchéance de l'esprit de famille et arrive à un important chapitre : la *stérilité sanctifiée*. Il nous montre d'une part la femme stérile seule aimée, la courtisane adulée, la religieuse estimée, bref, les stériles glorifiées, et ces stériles, l'auteur, qui les abhorre, nous les montre tantôt dans les bouges et tantôt dans le couvent, malades cérébralement, répandant la ruine et la honte autour d'elles, ou bien « parasites vivant de leurs semblables sans concourir au travail commun. » Mais à côté de cela, il y a les victimes : l'épouse outragée et méprisée, la malheureuse fille séduite puis abandonnée, la femme enfin abaissée par la loi. Dans la troisième partie, M. Thulié examine successivement les principales théories qui ont cours au sujet de la femme. Tantôt, en effet, on considère la femme comme inférieure à l'homme physiquement et cérébralement ; l'auteur discute longuement les faits mis en avant, les opinions de nombreux auteurs anciens et modernes et conclut en disant : « Non, l'idée d'infériorité est fausse. Les deux sexes ne peuvent se comparer et être déclarés inférieurs ou supérieurs. L'œuvre de l'utérus est-elle inférieure à l'œuvre du cerveau ? Est-il supérieur de faire un livre qui respire le génie, ou de faire l'homme qui écrira le livre. » La théorie sentimentale qui veut l'égalité des deux sexes ne peut être admise non plus par l'auteur : « la femme, dit-il, n'est ni supérieure, ni égale, ni inférieure à l'homme ; elle est femme et son rôle de mère est le plus glorieux de l'humanité. » Discutant alors la question au point de vue scientifique, M. Thulié conclut en disant : « L'homme et la femme indispensables l'un à l'autre, n'étant rien et ne pouvant rien l'un sans l'autre, aussi bien au point de vue de l'individu qu'au point de vue de l'espèce, ne sont donc ni inégaux, ni égaux : ils sont complémentaires. La copulation représente l'unité humaine par rapport à l'espèce ; le mariage représente l'unité humaine par rapport à la société ; le couple, c'est l'être humain entier. » Dans le chapitre suivant : *destination selon la nature*, l'auteur démontre que la femme doit être mère *complète*, c'est-à-dire porter, donner le jour, allaiter et élever ses enfants : voilà son rôle primordial ; tout chez la femme doit converger vers ce but. Les derniers chapitres ne sont que la paraphrase de cette donnée ; l'auteur étudie donc les conditions si diverses qui se présentent dans la vie génitale de la femme ; il est amené ainsi à parler du mariage, du divorce, des droits de l'épouse, de la veuve dans l'état actuel et de ceux qu'elles devraient avoir ; du rôle social de la femme, de l'éducation qu'elle devrait recevoir, etc. Mille points sont touchés et discutés par l'auteur.

En somme, nous croyons en avoir dit assez pour montrer comment M. Thulié comprend la question qu'il a posée dès le début ; pour lui, femme doit être synonyme de mère et c'est comme mère de famille que la femme doit jouir de certains droits, avoir certaines prérogatives pourvu qu'elle remplisse ce devoir auquel elle ne saurait se soustraire sans crime.

Tel est ce livre, plein d'aperçus nouveaux, de faits intéressants, touchant à une foule de questions les plus diverses, livre d'une lecture facile, plein de verve, écrit avec une conviction que l'on sent être profonde, par un auteur qui se montre à la fois, et avec un égal succès, physiologiste, philosophe et sociologiste.

L. CAPITAN.

Traitement de la migraine par le massage ; par G. NORSTRÖM. — Paris, Delahaye, 1885.

La migraine et son traitement ont fait l'objet d'innombrables travaux, il semblait que le sujet fût à peu près épuisé et qu'il fût devenu bien difficile d'émettre sur ce point une idée originale. C'est ce qu'a cependant dû faire M. Norström dans son livre. Après avoir passé en revue les différentes théories qui ont eu cours sur la pathogénie de cette affection et avoir notamment, après discussion, montré l'inanité des théories basées sur les troubles vasomoteurs, cet auteur expose celle qui, d'après lui, rend compte de la production de la majorité des cas de migraine. Avec Wretlind, Weir Mitchell, Helleday, etc., M. Norström est arrivé à cette conclusion que la migraine est le plus souvent due à une myosite limitée causant une douleur à caractère névralgique susceptible d'exacerbations. Ces points de myosite déjà reconnus et traités par Metzger, par Henschen, il les étudie en détail et en dresse un tableau qui montre nettement que, dans le plus grand nombre des cas, ces indurations myositiques siègent soit à l'insertion supérieure des muscles de la région postérieure du cou, soit dans le corps charnu ou au niveau de l'insertion inférieure des mêmes muscles, un peu moins souvent dans les muscles des régions latérales antérieures et de l'épaule ; beaucoup plus rarement dans les téguments du crâne, aux tempes, dans les ganglions du grand sympathique ; M. Norström fait à ce propos remarquer que ses chiffres ne sont pas tout à fait d'accord avec ceux de M. Henschen qui, lui, a trouvé plus souvent les noyaux indurés dans la région frontale. Ces noyaux de myosite seraient vraisemblablement de nature rhumatoïde, et c'est ceux qui, par leur présence dans le voisinage des nerfs, produiraient la migraine. De cette pathogénie découle toute une méthode de traitement qui consiste à agir sur les foyers de myosite au moyen du massage opéré. Dans certaines conditions et suivant certaines données ; ce traitement serait le plus souvent couronné d'un succès complet, il suffit pour s'en assurer de parcourir les nombreuses observations (36) que M. Norström a pris soin de placer à la fin de son livre et dans lesquelles on voit le massage des points de myosite faire presque invariablement disparaître la migraine, ou tout au moins l'améliorer.

VARIA

Rapport au Président de la République française (1).

TITRE II

DU CONSEIL DE LA FACULTÉ

Art. 16. — Le conseil de la faculté se compose des professeurs titulaires. Il délibère sur l'acceptation des dons et legs faits en faveur de la faculté ; Sur l'emploi des revenus et produits des dons et legs et des subventions des départements, des communes et des particuliers ; Sur le budget ordinaire de la faculté ; Sur les comptes administratifs du doyen ; Sur l'exercice des actions en justice et sur toutes les questions qui lui sont renvoyées soit par le ministre, soit par le conseil général des facultés. Il donne son avis sur les déclarations de vacance des chaires. Il présente une liste de candidats pour chaque chaire vacante, conformément aux lois et règlements. Il fait les règlements destinés à assurer l'assiduité des étudiants ; il règle les conditions et les époques des concours entre les étudiants de la faculté. Il statue soit par lui-même, soit par une commission qu'il nomme à cet effet sur les affaires de scolarité qui, d'après les règlements actuellement en vigueur, doivent être soumises au recteur.

Art. 17. — Le conseil de la faculté peut admettre aux séances où est réglé l'emploi des fonds de concours, les préfets [illegible] et un délégué de chacun des conseils généraux et municipaux qui contribuent [illegible].

(1) Voir *Progrès médical* n° [illegible].

Art. 18. — Le conseil se réunit sur la convocation du doyen. Le doyen est tenu de le convoquer sur la demande écrite du tiers des membres. La demande doit énoncer l'objet de la réunion. Le conseil nomme son secrétaire et fait son règlement intérieur. Tout membre du conseil a le droit d'émettre des vœux sur les questions qui se rattachent à l'ordre auquel appartient la faculté. Les vœux sont remis en séance, par écrit, au président ; il en est donné lecture, et, dans la séance suivante, le conseil décide s'il y a lieu de délibérer. Il est tenu procès-verbal des délibérations du conseil sur un registre coté et parafé par le doyen. Le recteur peut toujours obtenir communication et copie des procès-verbaux.

TITRE III

DE L'ASSEMBLÉE DE LA FACULTÉ

Art. 19. — L'assemblée de la faculté comprend les professeurs titulaires, les agrégés chargés soit d'un enseignement rétribué sur les fonds du budget, soit de la direction des travaux pratiques, les chargés de cours et maîtres de conférences pourvus du grade de docteur. Elle délibère sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement de la faculté notamment sur les programmes des cours et conférences, la distribution des enseignements et les cours libres, et sur toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et par le conseil général des facultés. Les chargés de cours et les maîtres de conférences non pourvus du grade de docteur assistent aux séances avec voix consultative.

Art. 20. — L'assemblée se réunit et délibère suivant les formes prescrites par l'article 18.

Art. 21. — Toutes les dispositions du présent titre et du précédent sont applicables aux écoles supérieures de pharmacie ; elles le sont également, sauf en ce qui concerne les déclarations de vacance des chaires et la présentation aux chaires vacantes, aux écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

TITRE IV

DU DOYEN

Art. 22. — Le doyen, placé à la tête de chaque faculté, est nommé pour trois ans par le ministre, parmi les professeurs titulaires, sur une double liste de deux candidats présentée, l'une par l'assemblée de la faculté, l'autre par le conseil général des facultés. Le doyen ne peut être suspendu ou relevé de ses fonctions que par arrêté motivé du ministre. Les doyens relevés de leurs fonctions ne peuvent être présentés de nouveau qu'après un délai de trois ans. Les doyens en exercice au jour de la promulgation du présent décret resteront en fonctions jusqu'à l'expiration de leur mandat.

Art. 23.— Le ministre désigne un des deux délégués de la faculté au conseil général pour remplir les fonctions d'assesseur. L'assesseur assiste, s'il y a lieu, le doyen, sur sa demande, dans l'exercice de ses fonctions. Il le supplée en cas d'absence ou d'empêchement et le remplace par intérim en cas de décès, démission, admission à la retraite ou révocation.

Art. 24. — Le doyen représente la faculté. Il accepte les dons et legs ; il exerce les actions en justice, conformément aux délibérations du conseil de la faculté.

Art. 25. — Il préside le conseil de la faculté et l'assemblée ainsi que les commissions dont il fait partie. En cas de partage, il a voix prépondérante.

Art. 26. — Il est chargé de l'administration intérieure et de la police de la faculté ; il assure l'exécution des délibérations du conseil et de l'assemblée ; il exécute les décisions du conseil général en ce qui concerne la faculté ; il veille à l'observation des lois, règlements et instructions, et à l'exercice régulier des cours, conférences et examens ; il règle le service des examens ; il est tenu de porter, sans délai, à la connaissance du recteur toute infraction aux lois et règlements et toute faute commise dans la faculté.

Art. 27. — Le doyen administre les biens propres de la faculté ; il signe les baux et passe les marchés et les adjudications dans les formes prescrites par les lois et règlements, pour les fournitures et les travaux imputables sur les biens propres de la faculté ; il prépare les budgets de la faculté ; il engage les dépenses conformément aux crédits ouverts aux budgets ; il ordonnance, par délégation du ministre de l'instruction publique, les dépenses imputables sur les fonds de concours, conformément aux délibérations du conseil de la faculté ; il présente chaque année deux comptes d'administration, l'un pour le budget ordinaire, l'autre pour le budget sur fonds de concours.

Art. 28. — Par délégation du ministre, le doyen nomme et révoque les appariteurs, gens de service et, sur la proposition des professeurs intéressés, les garçons de laboratoire de la faculté. Pour les services communs, ces agents sont nommés par le recteur.

Art. 29. — Chaque année, le doyen présente au conseil général des facultés un rapport sur la situation de la faculté et les améliorations qui peuvent y être introduites.

Art. 30. — Le doyen peut être dispensé par le ministre de tout ou partie des examens.

Art. 31. — Toutes les dispositions du présent titre sont applicables aux directeurs des écoles supérieures de pharmacie. Les dispositions des articles 24, 25, 26, 27 et 28 sont applicables aux directeurs des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

TITRE V

DES PROFESSEURS ET DE L'ENSEIGNEMENT

Art. 32. — L'enseignement est donné dans les facultés et dans les écoles supérieures de pharmacie par des professeurs titulaires, des professeurs adjoints, des chargés de cours et des maîtres de conférences.

Art. 33. — Les professeurs titulaires sont nommés dans les formes prescrites par les décrets du 9 mars 1852, du 22 août 1854 et par la loi du 27 février 1880. Les demandes de mutations de chaire dans une même faculté sont soumises à l'avis du conseil de la faculté et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. Sont également soumises aux conseils des facultés intéressées et de la section permanente les demandes de permutation ou de transfert d'une faculté à une autre. Les titulaires des chaires nouvelles sont nommés directement, sans présentations, sur le rapport motivé du ministre.

Art. 34. — Nul professeur titulaire ne peut être déplacé d'office, pour un emploi équivalent, qu'après avis conforme de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique et après avoir été entendu par elle.

Art. 35. — Les professeurs titulaires peuvent obtenir des congés renouvelables pendant cinq années consécutives au plus, pour cause de maladie ou à raison d'une délégation temporaire dans un service public étranger à l'instruction publique. Ils conservent, dans le premier cas, la moitié de leur traitement, et dans le second, lorsque le service public dont ils sont chargés n'est pas valable pour la retraite, ils reçoivent un traitement d'inactivité de 100 francs. Les professeurs titulaires peuvent, après avis du conseil de la faculté ou école, être dispensés des examens. Ils abandonnent, dans ce cas, le quart de leur traitement. Cette dispense ne peut être accordée que dans le cas où le service de la faculté ne doit pas en être compromis et seulement au sixième des professeurs titulaires. Les professeurs titulaires délégués ou nommés à d'autres fonctions dans l'instruction publique peuvent obtenir des congés et conserver tout ou partie de la portion de leur traitement de titulaire qui n'est pas appliquée à subvenir aux besoins de l'enseignement créés par leur absence.

Art. 36. — Les suppléances sont supprimées. Quand les congés accordés à des professeurs titulaires l'exigent, il est pourvu, après avis du conseil de la faculté ou école, aux besoins de l'enseignement au moyen de cours ou de conférences renouvelables chaque année.

Art. 37. — Lorsqu'une chaire devient sans titulaire, par suite de décès, démission, admission à la retraite ou révocation, il est pourvu, jusqu'à la nomination d'un nouveau titulaire, aux besoins de l'enseignement au moyen de cours ou de conférences renouvelables chaque année.

Art. 38. — Les titres des candidats aux fonctions de chargé de cours et de maître de conférences sont soumis à l'examen du comité consultatif de l'enseignement public (1re section). Dans les facultés de droit et de médecine, les cours et conférences sont confiés aux agrégés.

Art. 39. — Les professeurs titulaires ne peuvent être admis à la retraite, avant l'âge de soixante-dix ans, que sur leur demande ou en cas d'impossibilité constatée de remplir leurs fonctions. Les titulaires âgés de soixante-dix ans peuvent être maintenus en exercice, hors cadre, après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. La chaire qu'ils occupaient peut être déclarée vacante après avis de la section permanente, qui apprécie les conséquences d'ordre scientifique qui peuvent résulter de cette mesure. Ils conservent la totalité de leur traitement, s'ils continuent de prendre part à l'enseignement et aux examens ; ils en conservent les trois quarts, s'ils participent seulement à l'enseignement. Les dispositions qui précèdent ne sont applicables aux professeurs membres de l'Institut qu'à l'âge de soixante-quinze ans.

Art. 40. — Le titre de professeur adjoint peut être donné, par décret, sur la proposition du conseil de la faculté et après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, aux chargés de cours et maîtres de conférences, pourvus du grade de docteur, qui se sont distingués par leurs services. Les professeurs adjoints sont assimilés, sauf pour les traitements et la présentation aux chaires vacantes, aux professeurs titulaires. Leur nombre ne peut excéder, dans chaque faculté, le sixième des chaires magistrales.

Art. 41. — Le titre de professeur honoraire peut être conféré

aux professeurs titulaires admis à faire valoir leurs droits à la retraite. Les professeurs honoraires figurent sur l'affiche de la faculté et sont convoqués aux cérémonies. Ils peuvent assister aux séances de l'assemblée de la faculté et ont voix délibérative, sauf pour l'élection des délégués au conseil général et pour la présentation du doyen.

Art. 42. — Les agrégés des facultés de droit et de médecine et des écoles supérieures de pharmacie continuent à être nommés après concours, conformément aux statuts spéciaux de chaque ordre d'agrégation.

Art. 43. — Les cours commencent le 3 novembre et finissent le 31 juillet. Ils vaquent une semaine à l'occasion du jour de l'an, la semaine qui précède et la semaine qui suit le jour de Pâques, et les jours de fêtes légales. Les autorisations d'absence sont données par le recteur lorsqu'elles ne dépassent pas quinze jours.

Art. 44. — En cas de désordre, un cours ne peut être suspendu par le recteur qu'après avis du conseil général des facultés. Il en est référé immédiatement au ministre. Une faculté ou école ne peut être fermée temporairement, en cas de désordre grave, que par décision ministérielle. Pendant la durée de la fermeture, tous les actes relatifs aux études et aux examens sont suspendus, et les étudiants ne peuvent prendre d'inscriptions ni subir d'examens dans aucune autre faculté ou école.

Art. 45. — Des règlements spéciaux détermineront les nouvelles facilités d'études qui doivent être assurées aux étudiants en vertu du présent décret.

Art. 46.— Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 47. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 28 décembre 1885.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
RÉNÉ GOBLET.

Limite d'âge des professeurs.

Nous nous bornerons à appeler l'attention de nos lecteurs sur l'ART. 39, relatif à la limite d'âge des professeurs. C'est un premier pas, un peu timide, dans la voie des réformes que nous avons maintes fois signalées ici et sur lesquelles, de son côté, la *Tribune médicale* a fait d'excellentes réflexions. Nous persistons à croire qu'il aurait mieux valu fixer la limite d'âge pour tous les professeurs actuels à 70 ans ; pour les professeurs futurs à 65 ans. Tous ceux qui observent ce qui se passe dans nos Facultés, dans nos Écoles supérieures, sont certainement de cet avis. Telle qu'elle est la réforme vaudra surtout par son application. Mais il est certain qu'il sera dangereux et parfois injuste de maintenir après 70 ans, M. X., alors qu'on renvoie M. Y. C'est en particulier ce que la mise à la retraite de M. Bouchardat, seul, a mise en relief. Il est donc du devoir du ministre de l'instruction de veiller à ce que *tous* les professeurs agés de 70 ans soient mis à la retraite, quitte dans certains cas à pourvoir, s'il y a lieu, à l'insuffisance de la retraite.

Il est, toutefois, une restriction inscrite dans l'art. 39 que rien n'explique : c'est le maintien dans leurs chaires des professeurs, *membres de l'Institut* jusqu'à 75 ans. Nous ne voyons pas comment l'Institut peut concéder à ses membres la vigueur physique et l'aptitude aux dures fatigues de l'enseignement et des examens que la nature leur a enlevée. Nous attendrons la mise en pratique de la réforme annoncée et nous verrons s'il n'est pas nécessaire de remplacer ce décret par une loi précise et ne comportant aucune exception.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des medecins de France.

Réunion extraordinaire du 18 mars 1886, questions à y traiter. — Très honoré et cher Confrère, nous avons l'honneur de vous adresser, ci-joint, une circulaire relative à l'élection du Président de l'Association générale. Cette élection, vous le savez, doit se renouveler tous les cinq ans. La précédente date du 20 mars 1881, le Conseil général a décidé que la prochaine aurait lieu le 18 mars 1886. Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, nous aurons soin de vous faire parvenir, quelques jours à l'avance, les deux Rapports preparés par les Commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1885, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un ordre du médecin, l'autre la question des déclarations de décès dans ses Rapports avec le secret médical. Chaque société aura ainsi le loisir d'étudier complètement ces deux Rapports avant la prochaine Assemblée générale, qui aura lieu à Paris, le 2 et le 3 mai 1886.

Nous devons encore appeler votre attention sur une question d'une grande importance. A la suite de la confirmation, par la Cour de Cassation, du jugement du tribunal de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen relatifs aux Syndicats médieaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du corps médical.

Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au Conseil général, par M. le Président de l'Union des syndicats médicaux de France. Au lieu d'agir par lui-même, le Conseil a pensé que c'était à la prochaine Assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886. Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Président, H. ROGER. *Le Secrétaire général*, A. FOVILLE.

Election présidentielle. — Très honoré et cher Confrère, la seconde période quinquennale de la Présidence de M. le Dr Roger va expirer le 20 mars de l'année courante, et vers cette date il devra être procédé à une nouvelle élection présidentielle. Nous avons l'honneur de remettre sous vos yeux la partie de l'art. 9 de nos Statuts, qui règle la procédure de cette élection. Elle est ainsi conçue :

« Le Président est élu tous les cinq ans, par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de toutes les Sociétés agrégées. Les membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote, en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au Président de leur Société locale. L'élection a lieu à la majorité relative des voix exprimées. »

Afin d'assurer l'exécution de cet article, le Conseil général a décidé que l'élection du Président serait fixée au jeudi 18 mars prochain. En portant cette décision à votre connaissance, nous vous prions, Monsieur et très honoré Confrère, de vouloir bien vous concerter avec les autres membres du bureau de votre Société locale pour veiller à ce que l'élection ait lieu à la date indiquée, et pour en assurer la régularité. Le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une Commission spéciale que le Conseil général a nommée dans sa séance du 8 courant et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau. C'est au Secrétaire de cette Commission, M. le Dr Martineau, rue Cambon, n° 24, à Paris, que devront être adressés, le plus tôt possible, les procès-verbaux des élections de chacune des Sociétés locales composant l'Association. Chaque procès-verbal devra indiquer le total des votants, et le nombre de voix obtenues par les différents candidats. Nous terminons en vous rappelant que, d'après l'art. 10 des Statuts, le Président en fonctions est toujours rééligible. Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués. Au nom du Conseil général.

Les Vice-Présidents de l'Association : CAZENEUVE, baron LARREY, RICORD, BOUCHACOURT. *Le Secrétaire général:* A. FOVILLE.

Concours de l'internat.

Concours. — Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé mardi 12 janvier 1886. Ont été nommés :

1° *Internes titulaires* : 1. MM. Vignard, Nicolle, Vignalou, Jacquinot, Hudelo, Springer, Drouet, Chevalier, Léon, Daubigny.

11. Regnault, De Fleury, Legueu, Jondeau, Legry, Mouls, Cazals, Coffin, Tissier, Jonnesco.

21. Rollin, Prioleau, Reboul, Wickham, Janet, Thierry (Paul), Grandhomme, Parmentier, Gautier (Henri), Deroche.

31. Pinel-Maisonneuve, Témoin, Cousin, Caussade, Bouisson, Delagenière, Bruhl, Legrand, Baudouin, Mantel.

41. Maurin, Laskine.

2° *Internes provisoires* : 1. MM. Lyon, Hischwald, Conzette, Hautecœur, Thouvenet, Pallier, Despaigne, Iscovescou, Cohen, Sardou.

11. M. Mathieu-Sicaud, Mlle Klumpke, MM. Bataille, Boulay, de Grandmaison, Dupré, Reblaud, Pfender, Bellanger, Le Noir.

21. Dagron, Mauny, Bourges, Roussan, Melchior-Robert, Macery, Gommier, Sollier, Charier, Thierry.
31. Lefebvre, Gauthier, Wassilief, Thomas, Thibault, Laffitte, de Lostalot-Bachoué, Bezançon, Bouchut, Garnier.
41. Raoult, Thierry (Fréderic), Couder, Evrain, Mauclaire, Arnould, Mosny, Bernhein, Alexandre, Souplet.
51. Aubert, Courtois-Suffit, Baumgarten, Pilliet, Oustaniol et Dussaud.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 18. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guyon, Tarnier, Segond.

MARDI 19. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charite) : MM. Pajot, Le Fort, Humbert. — (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes.

MERCREDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard.

JEUDI 21. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dugnet, Joffroy.

VENDREDI 22. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Tarnier, Lannelongue, Kirmisson.

SAMEDI 23.— 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Humbert.— 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Ball, Laboulbène, Hutinel.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 20. — M. Castilton. Contribution à l'etude des vegetations et de leur traitement par le grattage. — M. Philippeau. Contribution a l'etude de l'epulis. — *Vendredi* 22. — M. Morel-Lavallee. Contribution à l'etude de la symphyse cardiaque. — M. Perrin. De la sarcomitose cutanée.

Enseignement médical libre.

Clinique chirurgicale. — Le Dr A. DESPRÉS, chirurgien de la Charité, a repris ses leçons de clinique chirurgicale, le mercredi 13 janvier et les continuera les mercredis de chaque semaine.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 25 janvier à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepte le samedi, à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les eleves en mesure d'executer les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Chatelet, de midi 1/2 a 1 heure.

Voies urinaires. — Cours public et gratuit. Le Dr H. PICARD commencera ce cours le lundi 19 janvier a 5 heures, a sa clinique, 13, rue Suger et le continuera, les samedis et mardis suivants a la même heure.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouvel appareil du professeur Pierre Loreta (de Bologne), pour la taille perinéale.

Le moment n'est peut-etre pas tres favorable pour etudier les perfectionnements que l'on peut apporter a la taille perineale, puisque cette opération, refoulée par les progres de la lithotritie, menace ou plutot promet de devenir de plus en plus rarement indiquée. L'operation de Bigelow ou litholapaxie ou lithotritie rapide peut en effet nous mener jusqu'aux confins du domaine de la taille hypogastrique. Néanmoins, comme l'indication de la taille perineale peut se présenter soit pour de petits calculs d'une durete exceptionnelle, soit pour des corps etrangers de la vessie, nous ferons connaitre l'appareil imaginé par le professeur Loreta, en resumant une description du Dr Joseph Lapponi, l'un de ses eleves. Le professeur Loreta a fait construire trois instruments nouveaux : un cathéter cannelé modifié (*fig.* 4), un cystotome tout special (*fig.* 5), et enfin, un instrument de préhension tres compliqué destiné a remplacer les tenettes. Nous decrirons d'abord ces instruments, puis nous verrons comment l'operateur procede.
Le cathéter cannelé (*fig.* 4), a un fort manche en bois, une grande courbure et un bec un peu long. La cannelure placée sur la convexite se rétrécit dans les trois derniers quarts, ou plutot ses bords se rapprochent de maniere a embrasser le bouton du bec du cystotome (Voyez plus loin *fig.* 5), et de l'empecher de quitter la cannelure.

Le manche du cathéter (*c, c,*) est creux et traversé par un stylet de baleine terminé par un bouton (*b, b*). Ce stylet peut remplir la cannelure du cathéter et permettre de le retirer sans risquer de pincer la muqueuse urethrale.

Le cystotome de M. Loreta (*fig.* 5), se compose d'une lame triangulaire terminée par un bouton (*a*), lame qui s'articule en (*i*) par trois ginglimes avec un manche. Le manche est pourvu d'une glissière (*s h*), qui permet d'immobiliser à volonté la lame sur le manche.

Enfin, l'instrument de préhension ou cuiller qui est fort compliqué. Il se compose de deux cuillers superposées (*e*) fixées sur un manche creux très solide (*a b*). Ce manche est muni d'une garniture (*b*) qui est en ivoire sur la face antérieure de l'instrument, en ébène sur la face postérieure. Une poignée (*m*) également revêtue d'ivoire en avant et d'ébène en arriere, commande une tige qui traverse tout le manche et permet de mouvoir une des deux cuillers (*e*). Enfin il y a deux petites valves que l'on ne voit pas bien la figure. En faisant tourner le manche (*m*) on entraine l'une des cuillers puis la premiere, puis la seconde des deux valves intermediaires, de sorte que quand le mouvement de rotation est accompli, l'ensemble des cuillers et des valves forme une sorte de cavité biconique susceptible de contenir le corps etranger et de l'extraire sans que ses aspérités puissent contondre les parois de la plaie. Une vrille qui traverse tout le manche de l'instrument permet de s'assurer si la pierre est prise ou de l'attaquer si elle est prise incomplètement.

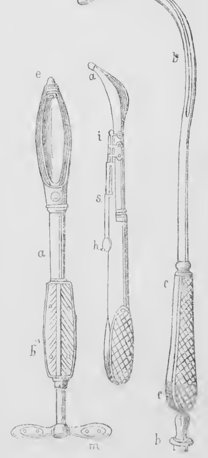


Fig. 6. *Fig.* 5. *Fig.* 4.

Cela dit pour les instruments, voici comment opere M. le professeur Loreta :

Il incise les parties molles sur la ligne mediane depuis la racine des bourses jusqu'a un centimetre et demi environ de la marge de l'anus, puis il coupe peu à peu les tissus jusqu'à la rencontre de la cannelure du catheter. Cette incision est faite soit avec un bistouri ordinaire soit toujours avec le cystotome decrit plus haut (*fig.* 5). Lorsque le chirurgien arrive sur la cannelure du cathéter, il retire un peu la tige de baleine contenue dans la cannelure, engage le bouton du cystotome dans cette cannelure et le pousse d'avant en arriere en avant afin d'appliquer le catheter contre la face inferieure de l'urethre et d'incliner son manche un peu vers l'aine droite pour que la lame du cystotome evite l'embouchure de l'un des canaux ejaculateurs. On conduit le cystotome jusque dans la vessie et on le retire lentement. On introduit alors l'instrument de préhension en le tenant de maniere que l'un des bords de la cuiller corresponde a l'angle superieur et l'autre a l'angle inférieur de la plaie, si la voie ouverte par le cystotome est trop etroite pour que la cuiller passe aisement, on fait un peu de divulsion en tournant doucement le manche (*m*, *fig.* 6), qui ecarte les valves. Une fois l'instrument dans la vessie, il suffit d'apres l'auteur de faire tourner completement le manche pour emprisonner le calcul dans cette sorte de boite métallique qui resulte du developpement des deux cuillers et des valves intermediaires. Une fois la prise effectuee on n'a plus qu'a pratiquer l'extraction et, vu la forme de l'instrument, on peut le retirer avec la pierre qu'il contient sans produire une contusion notable des parois vesicales. La plaie des parois vesicales et du perinée se cicatrise tres rapidement et même parfois presque par premiere intention, l'urine y passant fort peu ou même point du tout

Nous avons résumé le plus fidelement possible la description de

M. le Dr Lapponi, qui paraît admirateur enthousiaste de la méthode et des instruments de son maître et qui pense qu'à l'aide de ces instruments tout jeune chirurgien à peine sorti des bancs de l'École pourra pratiquer en toute sécurité une opération jadis si dangereuse et réservée aux maîtres de l'art. Nous pensons que l'expérience seule pourra montrer quelle est la véritable valeur des instruments du professeur Loreta; s'il semble *a priori* que son cystotome soit un instrument moins dangereux que le cystotome à lame cachée ou le bistouri au gorgeret ordinaire, il est moins facile de comprendre les avantages de son instrument de préhension d'une structure si compliquée et *à priori*, on ne saurait dire si cet instrument doit être préféré aux tenettes. Mais, nous le répétons, c'est un point sur lequel les opinions théoriques n'ont qu'une valeur secondaire; c'est aux expériences sur le cadavre et surtout sur le malade de prononcer en dernier ressort. Dr A. MALHERBE.

AVIS A NOS ABONNÉS.— *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant la plus importante de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 janvier,** *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1885 *à nous les réclamer* **avant le vingt janvier.**

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. Du dimanche 3 janvier 1885 au samedi 9 janvier 1886, les naissances ont été au nombre de 1319 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 471; illégitimes, 186 Total, [illegible]. — *Sexe féminin* : légitimes, 487 ; illégitimes, 175. Total, [illegible]

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de [illegible] 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 3 janvier 1885 au samedi 9 janvier 1886, les décès ont été au nombre de 1126, savoir : 614 hommes et 512 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9 F. 5. T. 14. Variole : M 3, F. 2 T. 5. — Rougeole M. 7, F. 10, T. 17. — Scarlatine : M 7. F 7 T. 14. — Coqueluche : M. 3, F. 8 T 11.— Diphthérie, Croup : M. 22 F. 22, T. 44. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T 0.— Erysipèle : M. [illegible], F. 1 T. 6.— Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidemiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 23 F. 17, T. 40. —Phthisie pulmonaire M 112 F. 65 T. 177 —Autres tuberculoses : M. [illegible], F. 13. T 54. — Autres affections générales : M. 38, F. 29 T 67 — Malformations et débilité des âges extrêmes. M. 31, F. 36 T. 67 —Bronchite aiguë : M 23 F [illegible] T. [illegible] — Pneumonie : M. 67, F. 54, T 121. —Athrepsie M. 18, F. 29 T 47. — Autres maladies des divers appareils M 200 F. 161, T 361. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. . — Morts violentes M 15 F 12 T. 27.—Causes non classées M 10, F 9, T 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 97 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36; illégitimes, 16 Total [illegible]. — *Sexe féminin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 13. Total : [illegible].

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation.* Les dernières leçons orales de trois quarts d'heure ont eu lieu sur les sujets suivants : *Maladie de P[illegible]*, MM. [illegible] et Balzer, *Diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive*, MM. Mou[illegible] et Chauffard; *Du refroidissement* [illegible], MM. [illegible] B[illegible] et Launois. On verra le nom des [illegible] par la liste des thèses qui ont été tirées au sort mardi. Voici les sujets des thèses. M. Ballet. *Langage intérieur et diverses formes de l'aphasie*; — M. Barth. *Le sommeil non naturel, ses diverses formes*; — M. De Beurmann. *De la médication abortive*; — M Brissaud. *Paralysies toxiques*; — M Chauffard. *Des crises dans les maladies*; — M Dejerine *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*; — M. Gaucher. *Pathogénie des néphrites*; — M. L[illegible]. *Des pyrexies* [illegible]; — M. Bonnet. *Paralysies morbides*; — M. Gr[illegible]. *Sous-luxations dans les maladies nerveuses*; — M. L[illegible]. *Paralysies, contractures, et affections douloureuses de cause psychique*; — M. Launois. *Nosographie des chorées*; — M Lemoine. *Anesthésie médicale*; — M. Moussous. *De la mort chez les phthisiques*; — M. Parisot. *Pathogénie des atrophies musculaires*; — M. Sarda. *Des migraines*; — M. Simon. *Des fractures spontanées*; — M. Weil. *Des vertiges*; — M. Dubreuilh. *Des immunités morbides*; — M. Brousse. *De l'involution sénile*; — M. Chauffard. *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Limites des consignations pour examens probatoires.* 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après indiquées : Pour le 2e examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au 30 mars inclusivement ; Pour le 2e examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 20 avril inclusivement ; Pour le 3e examen de Doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 20 avril inclusivement; Pour le 3e examen de Doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 25 mai inclusivement ; Pour le 4e examen de Doctorat, jusqu'au mardi 8 juin inclusivement ; Pour le 5e examen de Doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 22 juin inclusivement : Pour les examens de Sage-Femme, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement; Pour les Thèses, jusqu'au [illegible] juillet inclusivement. — Officiat : Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement; Pour le 2e examen, jusqu'au mardi 22 juin inclusivement; Pour le 3e examen, jusqu'au mardi [illegible] juillet inclusivement. MM. les Étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. 2° Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen, quel qu'il soit [illegible] ne pourront plus se présenter avant les vacances. 3° Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de [illegible]. — (Décision [illegible] du [illegible] décembre 1885.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 janvier à 10 heures du matin, à l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les dimanches suivants. Le sujet du cours est : *La folie circulaire.*

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er juillet 1886 dans les hôpitaux et hospices de Paris. Le lundi 15 mars 1886, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 1er février 1886, et fermé le samedi 27 février 1886, à trois heures. — Le Conseil de surveillance [illegible] président M. F[illegible].

ASILE D'ALIÉNÉS DU MORBIHAN. — Le département du Morbihan est autorisé conformément à la demande que le Conseil général en a faite, à emprunter [illegible] qui ne pourra dépasser quatre francs [illegible] centimes, pour [illegible] 75 c. [illegible] une somme de [illegible] francs applicable à l'achèvement [illegible] de l'asile d'aliénés ainsi qu'à diverses dépenses [illegible].

PRIX. — A la séance [illegible] par la Société *Médico-pratique* [illegible].

1° Un prix de 500 fr. à M. [illegible] de l'hôpital de [illegible].

2° [illegible] M. [illegible] la [illegible].

3° [illegible] à M. [illegible].

4° [illegible] à M. [illegible] 100 [illegible].

Dix [illegible] à la Société [illegible] concours.

UN NOUVEL ASILE D'ALIÉNÉS. — Le Parlement a adopté un projet de loi autorisant le département [illegible] à la demande que le Conseil général en a faite, à emprunter à un taux d'intérêt qui ne pourra pas dépasser 4 fr. 75 0/0, une somme de [illegible] fr., applicable pour une part à la création d'un asile départemental d'aliénés.

[illegible] — M. le Dr [illegible], médecin de [illegible] membre du Conseil académique de [illegible]. — MM. les Drs [illegible] et M[illegible] sont nommés [illegible].

HÔPITAUX. — Par suite de la retraite prématurée de M. Vulpian, des mutations ont lieu dans les hôpitaux. M. Mesnet passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Troisier, à Saint-Antoine ; M. Cuffer, à Tenon ; M. Moizard, à Bicêtre.

ERRATUM. — Dans les nominations de la légion d'honneur, n° 2, p. 34 au lieu du Dr *Bedard*, il faut lire REDARD.

DENTS CHEZ UN NOUVEAU NÉ. — Le Dr T. A. O'Callaghan écrit au *The medical Record* de New-York (21 nov.) que Mme H... a donné naissance, au mois de janvier dernier, à son 7e enfant, un garçon plein de santé. La douleur éprouvée par la mère en nourrissant lui a suggéré l'idée d'examiner la bouche de son enfant. Alors elle découvrit deux incisives à la mâchoire inférieure. Ces dents sont parfaitement saines et ne diffèrent en rien de celles qui ont apparu depuis, si ce n'est qu'elles sont plus larges.

STATUE A BRETONNEAU, VELPEAU ET TROUSSEAU. — La « Société locale de Médecine d'Indre-et-Loire » a décidé dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Ecoles de Médecine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association Générale, que tous les anciens élèves de ces illustres Maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la Médecine française. » Un comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris pour faire œuvre de propagande. Ce comité est ainsi composé : MM. Peter, président ; Blondeau, Bouchard, Damaschino, Desprès, Dieulafoy, Dumontpallier, Guyon, Ed. Labbé, E. Moynier, Martineau, Vidal, secrétaires. Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un des membres du Comité qui se chargera de la transmettre au Comité de Tours représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

UNE ERREUR FATALE. — Il n'y a pas qu'en France que les pharmaciens commettent parfois des erreurs. *The Louisville medical News* du 12 septembre nous apprend qu'un médecin de Hoboken (New-Jersey) avait ordonné des paquets de poudres contenant 10 grains de quinine chacun, pour deux jeunes filles. Par erreur le pharmacien mit de la *morphine* au lieu de quinine. Chacune des jeunes filles prit un paquet et toute les deux moururent.

JAPON. — Un office sanitaire vient d'être créé au Japon ; la direction en a été confiée au Dr Mansanori OGATA, professeur d'hygiène à Tokio.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le Dr Wagenkaüser, privat-docent d'otologie à Tubinge, est nommé professeur extraordinaire à la même faculté. M. le Dr von Kraff Ebbing, professeur extraordinaire de psychiatrie à Gratz est nommé professeur ordinaire dans la même ville. — M. le Dr H. BAYER est nommé privat-docent d'obstétrique à Strasbourg ; MM. DAUDOIS et A. DENYS sont nommés professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Louvain. — *Faculté libre de médecine de Bruxelles.* Par décision du conseil des hôpitaux, MM. les professeurs de clinique Crocq, Thiry et de Roubaix cesseraient leur service à partir du 1er janvier 1886. — Nous reviendrons prochainement sur cette décision qui a causé une certaine agitation à Bruxelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie HACHETTE et Cie 79, boulevard Saint Germain.

BOURNEVILLE. — *Chambre des Députés ; — Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet* L'UTILISATION AGRICOLE DES EAUX D'EGOUT DE PARIS ET L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. 1 volume in-4 de 180 pages avec un atlas de 6 plans des environs de Paris, des collecteurs, de l'envasement de la Seine, des irrigations de Gennevilliers, les investigations projetées d'Achères et les plans et coupes des sondages dans la forêt de Saint-Germain. — Prix : 4 fr.

Nos lecteurs pourront nous demander ce rapport que nous leur fournirons franco au même prix que la maison Hachette.

Publications du Progrès Médical.

Renseignements bibliographiques sur la laïcisation de l'Assistance publique.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1884 et 1885). Deux brochures in-8. — Prix de chacune de ces brochures, 75 c. Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8 de 23 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1884 et 1885). Deux brochures in-8. — Prix de chacune de ces brochures, 75 c. Pour nos abonnés . . . . 50 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

RINDFLEISCH (E.). — Eléments de pathologie. Traduit de l'allemand et annoté par le Dr SCHMITT, avec une préface, par le Dr H. BERNHEIM. Volume in-8 de 400 pages. — Prix : 6 fr

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

MONCORVO. — De la température de la paroi abdominale dans les cas d'entérite aigue et chronique. Broch. in-8 de 9 pages.

MONCORVO. — De la dilatation de l'estomac chez les enfants et d'un nouveau moyen d'exploration pour le reconnaître. Broch. in-8 de 10 pages.

PRETERRE (A.). — Les dents, leurs maladies. Leur traitement et leur remplacement. 1 vol in-18 de 285 pages, avec figures dans le texte. — Paris, 1884. — Chez l'auteur.

LANGLET. — Rapport annuel du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Reims (Troisième année, 1884). 1 vol. in-8 de 130 pages, avec 8 planches hors texte. — Reims, 1885. — Matot-Braine.

TRIPIER (A.). — Electrologie médicale. — Précis thérapeutique et instrumental. Broch. in-8 de 120 pages. — Paris, 1885. — A. Gaiffe, ingénieur-électricien.

GARNIER (J.). — Avant-projet d'un chemin de fer aérien à voies superposées, à établir sur les grandes voies de Paris. 1 vol. in-fol. de 13 pages et 8 plans. — Paris, 1884. — Imprimerie Chaix.

COOK (A.-B.). — Complete laceration of the perineum and part of the recto-vaginal septum. Broch. in-4 de 10 pages. — Louisville, 1885.

HOOPER (F.). — The respiratory function of the human larynx from experimental studies in the physiological laboratory of haward university. Broch. in-18 de 20 pages. — New-York, 1885. — *The New-York medical Journal*.

HARRISON (R.). — Remarks on the treatment of urethral stricture by combining. Internal and external urethrotomy. 1 vol. in-8 de 16 pages. — London, 1885. — John Bale et sons.

ONUFROWIEZ (B.). — Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des centralen Ursprunges des Nervus acusticus. 1 vol. in-8 de 34 pages, avec 2 planches. — Berlin, 1885. — Schumacher.

ONUFROWICZ (B.). — Experimenteller Beitrag zur Kenntniss des Ursprungs des Nervus acusticus des Kaninchens. — Br. in-8 de 32 pages, avec 2 planches. — Berlin, 1885. — Schumacher.

WIDMARK (J.). — Bakteriologiska studier öfver dakoryocystit, hypopyonkeratit, blefaradenit och flegmonö. dakryocystit. Br. in-8 de 22 pages. — Stockholm, 1885. — Isaac Marcus.

GUIFFRÈ (L.). — Sulle differenti forme di nefrite. Broch. in-4 de 88 pages. — Palermo, 1885. — Tipografia di Michele Amenta.

MINATI (C.). — Lo speculum delle partorienti. Broch. in-8 de 8 pages. — Napoli, 1885. — P. Vallardi.

RUMMO (G.). — Sulla vaccinazione anticolerica del Dr Ferran. Broch. in-8 de 25 pages, avec 11 figures. — Napoli, 1885. — Tipografia dell academia Reale dell scienze.

QUILIS CORTELL. — Memoria relativa a un nuevo suspinsorio de miembro y testiculos. Broch. in-8 de 11 pages. — Valencia. — Imprimerie J. Berenguer.

SOMMA (G.). — Algunas consideraciones practicas sobre la vacunacion. Broch. in-8 de 15 pages. — Madrid. — Tipografico de Ubaldo Montegrifo.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. No 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 23 JANVIER 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

DEUXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Etiologie du charbon avant la notion de la bactéridie. — Distribution géographique de la maladie ; son origine tellurique ; on l'assimile à la *malaria*. — Théorie de Delafond : la maladie est due à une pléthore. — Le *charbon expérimental* : expériences anciennes de Barthélemy, Leuret ; recherches de Gerlach ; travaux de la Commission d'Eure-et-Loir. — Résultats acquis : notion de la virulence du charbon ; son identité chez les divers animaux et chez l'homme. — Erreurs fondamentales ; on confond les effets de l'inoculation du charbon avec les effets de l'inoculation de matières putréfiées ; on continue à croire à sa production *spontanée* (sous l'influence de causes banales).

Messieurs,

De tout temps, on a observé que le charbon règne à l'état enzootique dans certaines contrées et qu'il prend, à des moments donnés, une extension épizootique. Dans notre pays, le charbon est endémique dans la Beauce, la Brie, la Champagne, la Bourgogne, la Lorraine, le Dauphiné, l'Auvergne, la Charente, le Languedoc, etc. En Allemagne, il est surtout fréquent dans quelques districts du sud, en Bavière, dans le Tyrol, dans les provinces orientales de la Prusse, dans la province prussienne de Saxe ; en Autriche, il exerce de grands ravages sur les bords du Danube et dans les plaines de la Hongrie. Le charbon règne également en Italie, dans la presqu'île des Balkans, mais il sévit surtout dans les provinces tant européennes qu'asiatiques de la Russie. La fameuse « peste de Sibérie » qui n'était autre que le charbon y a causé, de 1864 à 1866, la mort non seulement d'innombrables bestiaux, mais encore de plusieurs milliers d'hommes. Dans le seul gouvernement de Novogorod, de 1867 à 1870, 50,000 têtes de bétail et 528 hommes succombèrent au charbon (1). Dans l'Inde, dans l'Asie centrale, dans les deux Amériques, en Australie, le charbon se retrouve, constituant ainsi une des zoonoses les plus universellement répandues.

Certaines conditions telluriques président manifestement au développement du charbon et font qu'il règne en permanence dans telle ou telle contrée, alors que les localités voisines peuvent être totalement épargnées. Dans les pays à charbon, certains paturages sont particulièrement dangereux, d'où le nom de *champs maudits* sous lequel on les désigne énergiquement en Beauce. Parfois, il existe des foyers enzootiques plus restreints encore, se bornant à un enclos ou à une seule étable, rappelant ainsi les foyers domiciliaires que l'on observe dans certaines maladies infectieuses de l'homme.

(1) L'enquête poursuivie à cette époque par la commission instituée par le gouvernement russe, établit qu'une des principales causes de l'épizootie était l'incurie avec laquelle on traitait les cadavres des chevaux de halage, le long de la rivière de Scheksna, un des affluents du Volga ; ces chevaux mouraient en grand nombre du charbon, et au lieu de les enfouir, on abandonnait les cadavres ou on les jetait dans la rivière (*Putz, Die Seuchen und Herdekrankheiten unserer Hausthiere, Stuttgart*, 1882, p. 168).

La plupart des auteurs anciens insistent sur la fréquence du charbon dans les contrées maréageuses, au bord des rivières débordées et des étangs à demi desséchés, et ils faisaient jouer un grand rôle dans la *production* des maladies charbonneuses à l'état du sol et à l'état météorologique de l'atmosphère. C'est ainsi qu'ils font remarquer que la maladie sévit surtout en été, pendant les mois les plus chauds et qui ont été précédés de pluies abondantes. « L'étude des nombreuses épizooties et enzooties qui ont régné depuis deux siècles, dit M. Raimbert, a en effet démontré que ce sont les années remarquables par l'abondance des pluies, le débordement des fleuves et des rivières, et par les chaleurs excessives qui ont été signalées par la fréquence et la gravité des maladies charbonneuses... C'est principalement sur les sols où les eaux séjournent et constituent des étangs et des marais, dans les vallées larges et marécageuses, dans les contrées où les cours d'eau, les marais, les étangs, les mares se dessèchent pendant les chaleurs de l'été qu'on voit sévir les maladies charbonneuses, lorsque, sous l'influence d'une haute température, des eaux croupissantes répandent dans l'atmosphère des effluves miasmatiques... L'influence pernicieuse des maréeages sur le développement des affections charbonneuses est tellement grande et paraît si évidente dans certains pays que l'*émigration* des troupeaux a été adoptée, pour les soustraire, pendant les chaleurs de l'été, à l'action des miasmes des marais. Ainsi, en Corse, dès le commencement des chaleurs, les gardiens émigrent avec leurs troupeaux sur les montagnes, instruits par l'expérience que, s'ils ne prenaient cette précaution, le charbon attaquerait la totalité des animaux (1). »

Nous démontrerons plus tard que rien n'est plus exact que l'influence attribuée à certaines qualités du sol dans la contamination charbonneuse ; à cet égard, l'agent charbonneux peut en effet être regardé comme étant *tellurique* ; mais il ne s'ensuit nullement qu'il faille l'identifier avec l'agent maremmatique de la *malaria*. Le charbon, en effet, s'observe dans des contrées qui n'ont absolument rien de palustre ; la Beauce, par exemple, cette terre classique du charbon, est un plateau élevé, admirablement cultivé, où les cours d'eau sont rares et les marécages inconnus. Ce riche plateau de la Beauce est limité au nord par le Perche, où abondent les prairies naturelles, les cours d'eau et les étangs ; il est limité, au sud, par la Sologne, si franchement marécageuse ; or, chose curieuse, dans ces deux contrées le charbon est tout à fait exceptionnel, si bien que les fermiers de la Beauce, quand leurs troupeaux sont décimés trop cruellement par le charbon, ont recours à ce qu'on appelle la *transhumation*, c'est-à-dire qu'ils les font émigrer soit en Perche, soit en Sologne, et presque aussitôt on voit les ravages de la maladie s'arrêter. En Auvergne, le charbon est rare dans les vallées et dans la plaine de la Limagne ; fréquent, au contraire, sur les versants des montagnes, d'où le

(1) Raimbert (L.-A.). *Traité des maladies charbonneuses*, Paris, 1859, p. 19.

nom de *mal de montagne*, sous lequel on le désigne dans ce pays. Il serait aisé de multiplier ces exemples.

D'autres auteurs, tout en signalant l'action des marécages et des eaux stagnantes, invoquaient surtout une alimentation défectueuse, l'usage « de fourrages vasés, rouillés, moisis, poudreux » ou bien les mauvaises conditions de stabulation. « Les écuries, les étables, les bergeries insalubres, mal aérées, dans lesquelles les fumiers restent amoncelés, où les animaux entassés pendant l'hivernage respirent un air chargé d'émanations putrides, sont autant de foyers d'infection dans lesquels se déclare le charbon. Les enzooties charbonneuses du Dauphiné, du Béarn, du Bigorre, des Vosges, de l'Auvergne, de la Suisse, du Tyrol, du Piémont, si fréquentes pendant les longues stabulations de l'hiver, ont été dues et sont le résultat encore aujourd'hui de ces infections locales (1). »

Dans cette revue rétrospective des errements étiologiques de nos devanciers, un document des plus instructifs est un travail postérieur souvent cité de Delafond (2).

Le regretté Bouley, dans ses leçons (3), le signale avec raison comme un exemple saisissant des erreurs auxquelles on peut être conduit quand on aborde l'étude d'une question avec une idée préconçue et qu'on la poursuit, non pas expérimentalement, mais par le raisonnement. Delafond fut chargé, en 1842, par le ministre de l'agriculture, de la mission d'aller étudier sur les lieux, dans la Beauce (département d'Eure-et-Loir) la maladie de sang des moutons qui exerçait alors, comme aujourd'hui, de si grands ravages dans cette contrée. A cette époque, dans les écoles vétérinaires surtout, les idées de Broussais sur la crase inflammatoire du sang et la phlétore sanguine étaient encore en honneur ; d'autre part, les récentes recherches d'Andral et de Gavarret venaient d'ouvrir une voie nouvelle aux investigations hématologiques.

Le premier fait, dit M. Bouley dont Delafond est frappé en arrivant dans la Beauce, c'est que le sang de rate s'attaque de préférence aux animaux les plus jeunes, les plus beaux. Rapprochant ce fait de la richesse du sol, de l'abondance et de la qualité des récoltes, de la largesse avec laquelle la nourriture est distribuée aux animaux, Delafond conçoit l'idée que la maladie du sang n'est autre chose « qu'un trop plein, qu'un excès de sang circulant dans les vaisseaux, et partant que la prédominance dans ce liquide des globules rouges ». Poursuivant cette idée, Delafond analyse le sol, montre comme il est constitué pour fournir des récoltes abondantes et riches en principes nutritifs ; et il lui paraît évident que, sous l'influence d'un régime alimentaire trop substantiel, le sang doit contenir, en proportion excédante, l'albumine, la fibrine, les globules. De fait, il analyse le sang par les procédés d'Andral et Gavarret et cette analyse le confirme dans sa manière de voir sur la nature de l'épizootie de Beauce. Cette confirmation, il la trouve encore dans l'analyse des plantes. C'était l'époque où la chimie inspirée par les Dumas, les Boussingault, [illegible] venait de jeter ses grandes clartés sur la composition élémentaire des plantes et montrer l'identité des principes immédiats des végétaux et des animaux. Delafond s'empare de ces données pour établir un rapprochement entre la richesse du sang des moutons de la Beauce et la richesse en principes azotés des aliments dont on les nourrit.

« La preuve que la maladie est constituée par une trop forte proportion des éléments solides du sang, Delafond la trouve encore dans les symptômes et dans les lésions : Les vaisseaux de la conjonctive sont congestionnés parce que le sang circule difficilement. S'il s'écoule avec peine des veines ouvertes, c'est qu'il est trop épais. Les urines sont sanguinolentes par suite de l'état congestif des reins et de la vessie. Le sang sort par les narines, dans les derniers moments, parce qu'il est trop épais pour franchir le réseau pulmonaire. Même signification donnée aux lésions : la rate volumineuse, turgescente, noire, friable; la rougeur de la muqueuse intestinale; les villosités d'un rouge plus foncé; l'état congestif des reins et la couleur noire de leur tissu, etc. Toutes ces lésions, aux yeux de Delafond sont l'expression « d'une proportion trop forte dans le sang des principes organiques nommés globules, fibrine, albumine, et d'une trop petite proportion d'eau. »

« Pour fournir une nouvelle preuve à l'appui de sa théorie, Delafond invoque le décroissement graduel du sang de rate, à mesure qu'on descend vers la Loire. Dans la Sologne, elle est inconnue; elle est rare dans les arrondissements de Gien, de Montargis, d'Orléans, etc.; là le sol est sablonneux et les plantes sont loin d'avoir la richesse du plateau de la Beauce; aussi la maladie de sang est-elle moins fréquente ».

J'ai tenu à reproduire, avec la forme vivante et pittoresque qu'elle a prise, sous la plume de Bouley, cet exposé de la doctrine de Delafond. Est-il un exemple plus frappant de l'influence fâcheuse que peut exercer la théorie, puisqu'elle a pu conduire un homme de la valeur de Delafond à considérer pendant longtemps le charbon comme étant une simple pléthore, résultant d'une alimentation trop copieuse! Comment accommoder cette doctrine forcée avec d'autres attributs de la maladie, que Delafond laissait volontairement dans l'ombre parce qu'ils cadraient mal avec ses conceptions théoriques.

En effet, et c'est là une notion fondamentale presqu aussi vieille que la connaissance de la maladie elle-meme, le charbon est *contagieux, virulent inoculable*. Le mode de propagation du mal dans les localités et dans les troupeaux, sa transmission à l'homme par des piqûres ou des érosions de la peau ou des muqueuses souillées par du sang ou d'autres produits charbonneux, frais ou desséchés, tous ces caractères en font une maladie éminemment virulente et inoculable. Chose curieuse, l'expérimentation, avec ses procédés décisifs, ne fut introduite que tardivement dans l'étude du charbon. Le premier, à ma connaissance, qui ait institué des expériences méthodiques fut Barthélemy, professeur à l'école d'Alfort, qui inoculant à un cheval sain du sang enlevé des artères coccygiennes d'un cheval charbonneux, le fit mourir du charbon; il obtint le même résultat en inoculant à des [illegible] du sang provenant de [illegible] mortes du *sang de rate*. enfin, variant ces expériences que J. Frank qualifie d'admirables, il fit avaler du sang charbonneux à un cheval qui succomba au charbon tandis que le chien put boire ce même liquide impunément. Il établit ainsi [illegible] la virulence du sang charbonneux et celle des différents organes d'un animal qui a péri du charbon et il montra que [illegible] virulence a moins d'influence sur les carnivores que sur les herbivores. Il voulut aussi s'assurer expérimentalement si le virus charbonneux est *fixe* ou *volatil* et dans ce but il fit cohabiter des animaux sains avec des animaux charbonneux, les fit coucher sur la même litière, boire et manger ensemble, sans qu'il en soit rien résulté (1).

(1) Delafond. *Traité de police sanitaire des animaux domestiques*. Paris 1838, p. [illegible].

(2) *Traité sur la maladie de sang des bêtes à laine*. Paris, 1843. En 1848, il lit paraître un *Traité sur la maladie de sang des bêtes bovines*, où les mêmes doctrines se trouvent soutenues.

(3) *Le progrès en médecine par l'expérimentation*. 1882, p. 12 et suiv.

(1) Barthélemy [illegible] *Comptes rendus* [illegible] Il [illegible] considérer le travail [illegible] comme une réponse aux assertions de Delafond (*Op. cit.* p. 160, 170).

En 1824, également à l'école d'Alfort, Leuret institua l'expérience suivante : « la veine jugulaire droite d'un cheval atteint de charbon et la veine jugulaire gauche d'une jument saine ont été mises à découvert et une double communication a été établie entre ces deux vaisseaux à l'aide de deux sondes; de façon que le sang venant de la tête de l'un allait se rendre dans le cœur de l'autre, et réciproquement. La transfusion a duré sept minutes, après quoi les deux chevaux ont été séparés. Le cheval charbonneux est mort le lendemain; la jument, sujet de l'expérience, est morte du charbon sept jours après. »

A cette même époque parurent les expériences célèbres de Gaspard, de Dupuy, de Magendie sur les effets de l'injection dans les veines ou de l'inoculation sous la peau de matières animales putréfiées, qui étaient appelées à servir de base à l'étude expérimentale des septicémies. Malheureusement, les résultats ainsi obtenus furent comparés ou même identifiés à ceux que produirait l'inoculation des matières charbonneuses et où on conclut à « *la nature putride du virus charbonneux* ». Ainsi ces expériences de Barthélemy et de ses successeurs, tout en démontrant la *virulence* des produits et surtout du sang charbonneux, n'entraînèrent pas la conviction de la *spécificité* de ces produits, dont on continua à confondre les effets avec les liquides putrides et septiques : confusion fâcheuse, que nous verrons renaître sans cesse, et qui continuera encore longtemps à jeter de l'obscurité sur le charbon *expérimental*.

En 1845 parut un travail important de Gerlach, intitulé : « la maladie du sang des moutons, au point de vue de l'étiologie, de la contagiosité et de la prophylaxie (1). » A la suite d'observations et d'expériences nombreuses, Gerlach arrive aux conclusions suivantes :

« Le sang de rate est contagieux; le contact matériel, surtout s'il existe des plaies de la peau chez les moutons, est une condition évidente de la transmission. Plusieurs observations établissent que le contage est aussi de nature volatile : les émanations gazeuses des cadavres et des individus malades sont contagieuses; les fourrages souillés par du sang charbonneux peuvent par leur ingestion, provoquer le charbon. La virulence réside surtout dans le sang et est d'une grande ténacité, si bien qu'elle résiste même à la putréfaction avancée et ne disparaît que quand le cadavre a subi une putréfaction complète. En été, la virulence persiste pendant six jours, en hiver davantage. Dans le charbon du bétail, même le plus aigu et affectant la forme apoplectique, il se développe un virus transmissible au mouton et qui produit chez ce dernier le sang de rate. Le charbon du bétail et le sang de rate des moutons sont une seule et même maladie. Le charbon du bétail ainsi que le sang du mouton est transmissible à l'homme, par le dépôt du virus à la surface des muqueuses, de la peau intacte et surtout de la peau blessée et donne naissance à la pustule maligne. Il est même des faits qui portent à admettre que par l'inhalation de l'air contaminé par les émanations charbonneuses, l'infection peut s'effectuer par la voie pulmonaire, d'où une fièvre primitive, d'apparence [illegible], suivie d'apparition secondaire de tumeurs charbonneuses. »

Gerlach est [illegible] quand il s'agit de l'étiologie [illegible] dire; il reconnaît des causes prédisposantes et déterminantes; parmi les premières il signale la chaleur persistante, les émanations méphitiques provenant de matières organiques en putréfaction, la pléthore, le manque d'eau, le non-acclimatement du troupeau fraîchement arrivé dans une nouvelle localité, enfin la pratique exagérée des croisements qui s'oppose à la fixation et à la constance de la race. Comme causes occasionnelles, il invoque : les temps orageux, la richesse du sol en humus et en matières calcaires, des conditions atmosphériques favorisant la production des moisissures à la surface du fourrage.

L'association médicale et vétérinaire d'Eure-et-Loir poursuivait, depuis plusieurs années, avec le concours de Rayer et de Davaine, des investigations sur le charbon sévissant sans cesse sur cette partie de la Beauce. De nombreuses expériences furent instituées et il est regrettable que le mémoire complet relatant les travaux de l'association n'ait pas été publié. Les principaux résultats furent communiqués à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 mai 1852, par M. Boutet, vétérinaire à Chartres, rapporteur (1). Même sous sa forme extrêmement condensée, c'est un document de première importance, à cause de la netteté et de l'exactitude de la plupart des propositions qu'il renferme; en voici les principales :

« Le *sang de rate* du mouton, la *fièvre charbonneuse* du cheval, la *maladie du sang* de la vache, la *pustule maligne* de l'homme sont des affections de nature septique, qui se communiquent par inoculation. La communication a lieu, pour le *sang de rate,* non seulement du mouton au mouton, mais encore du mouton au cheval, à la vache et au lapin. La *maladie charbonneuse* du cheval se communique également du cheval au cheval, et du cheval au mouton, mais non à la vache. La *maladie du sang* de la vache se communique aussi de la même manière au mouton, au cheval et au lapin. La *pustule maligne* de l'homme se transmet également, par inoculation, au mouton; l'expérience est toujours restée sans effet quand elle a été pratiquée sur un cheval, une vache ou un lapin. La pustule maligne, ainsi inoculée au mouton, se transmet aussi bien du vivant qu'après la mort de l'individu qui a fourni la matière virulente. Les chiens ne sont pas aptes à contracter, par inoculation ni l'une ni l'autre des affections qui précèdent. Les poulets, les canards, les pigeons ne contractent pas non plus le *sang de rate* du mouton, ni la *fièvre charbonneuse* du cheval.

« Toutes les parties du corps, telles que la rate, le foie, les reins, le tissu cellulaire au pourtour des piqûres d'inoculation, le sang du cœur, des veines, des artères possèdent également la propriété de tuer par inoculation. Le virus charbonneux ne nous a pas paru perdre de ses propriétés en s'éloignant de la source qui l'a produit; il tue tout aussi bien et aussi vite au quatrième degré d'inoculation qu'au premier, six jours après la mort qu'au jour même où a succombé l'animal qui l'a fourni.

« Les quatre affections qui nous occupent paraissent être des maladies identiques sous le double rapport des lésions anatomiques et des effets d'inoculation qu'elles produisent; ces effets permettent de les classer, quant à leur activité et à la rapidité avec laquelle elle se produisent, dans l'ordre suivant : 1° *sang de rate* du mouton; 2° *maladie du sang* de la vache; 3° *pustule maligne* de l'homme; 4° *maladie charbonneuse* du cheval.

« L'animal qui contracte le plus facilement ces affections est le mouton; vient ensuite le lapin, puis le cheval et enfin la vache. Une seule expérience de transfusion du sang charbonneux faite sur un cheval a été suivie de mort.

« Sur cinq expériences de *cohabitation* d'animaux bien portants avec des bêtes mortes ou atteintes de charbon, une seulement a occasionné la mort d'un mouton.

(1) [illegible] *Thierh.* [illegible] Bd. XI [illegible] *der Thierheilk*, t. 1845, p. 41-47.

(1) [illegible]

« L'alimentation de l'homme et des animaux avec des débris cadavériques provenant de bêtes charbonneuses ne produit jamais le moindre effet malfaisant. »

Il est inutile de signaler ici celles parmi ces conclusions qui sont erronées et dont la rectification viendra d'elle-même dans le cours de cette exposition. Ce qui fait l'importance historique des travaux de la *commission d'Eure-et-Loir*, c'est la façon franche avec laquelle elle s'est placée sur le terrain expérimental et la preuve irréfutable qu'elle a donnée de l'unité de la maladie charbonneuse chez les divers animaux. En montrant que le lapin est susceptible de contracter le charbon, elle a singulièrement facilité la tâche aux expérimentateurs futurs, et leur a permis d'étudier la maladie avec beaucoup plus de commodité, en substituant les inoculations sur les lapins et les autres rongeurs aux expériences coûteuses qu'il aurait fallu faire sur les moutons ou le gros bétail; rappelons-nous, en effet, que la plupart des expériences de Davaine ont été faites sur le lapin et le cobaye, et celles de M. Koch sur la souris.

Malgré les enseignements fournis par les recherches expérimentales qui viennent d'être résumées, deux causes principales continuaient à fausser la conception étiologique du charbon : c'était, d'une part, la nature *septique* ou *putride* que l'on continuait à attribuer au virus charbonneux et, d'autre part, l'hypothèse de l'origine spontanée de ce virus. On s'obstinait à confondre les effets de l'inoculation des matières charbonneuses avec ceux des inoculations des substances putrides, en se fondant sur ce fait que dans les deux cas les animaux périssent en présentant des lésions anatomiques grossièrement comparables. Il suffit, à cet égard, de consulter le *Traité des maladies charbonneuses* de Raimbert, publié en 1859; un paragraphe de cet ouvrage porte le titre significatif suivant : *nature putride du virus charbonneux*.

« L'expérimentation, dit-il, a mis en évidence l'existence d'un virus dans le sang des animaux atteints de maladie charbonneuse. Ce virus est de nature putride. Nous avons fait périr des animaux (lapins, chats) par l'introduction de matières animales putréfiées dans leur tissu cellulaire sous-cutané; puis nous avons inséré successivement, d'un lapin à un autre, jusqu'au cinquième, du sang et des tissus pris à l'animal qui avait été le sujet d'une première inoculation. Nous avons ainsi répété, avec des substances imprégnées d'un principe putride et provenant au point de départ de matières animales en putréfaction, les inoculations successives ou à plusieurs degrés faites par la commission d'Eure-et-Loir avec du sang et des tissus empruntés à des animaux morts d'affection charbonneuse; nos expériences ont eu le même succès que ces dernières et ont fait périr les lapins qui y ont été soumis... Les résultats de l'expérimentation prouvent donc d'une manière incontestable la nature putride des affections charbonneuses, du principe qui leur donne naissance et les constitue (1) ».

Cette assimilation de la virulence charbonneuse à celle des matières organiques putréfiées, frappait pour ainsi dire de stérilité toutes ces recherches expérimentales, destituait le charbon de son individualité et le rejetait dans le cadre confus des maladies septiques. Même après la découverte de la bactéridie, cette erreur ne sera pas aisément dissipée, et il fallut tous les efforts de Davaine et de M. Pasteur pour montrer que, non-seulement les liquides et les tissus putréfiés ne communiquent pas le charbon, mais encore que la putréfaction tue la virulence charbonneuse.

La seconde erreur est d'ordre différent; elle tenait aux idées régnantes sur « la spontanéité » dans les maladies dont naguère encore le professeur Chauffard fut parmi nous le dernier et l'un des plus éloquents défenseurs. Tout en acceptant que le charbon est contagieux et inoculable, on admettait que, malgré cette spécificité bien évidente, il pouvait aussi prendre naissance sous la seule influence de causes banales. Nous avons vu en effet invoquer comme causes du charbon les variations atmosphériques, l'alimentation défectueuse, l'encombrement, la mauvaise stabulation, etc. Ces conditions suffiraient pour que l'économie animale pût engendrer *spontanément* et créer en quelque sorte de toute pièce un virus susceptible ensuite de se propager par contagion ou par inoculation. Pour les maladies infectieuses de l'homme, la fièvre typhoïde, le typhus, le choléra, etc., la même théorie était invoquée. On devine aisément les conséquences d'une semblable conception, surtout au point de vue des mesures prophylactiques : la destruction radicale des produits morbides, l'isolement rigoureux des animaux ne s'imposaient pas comme le moyen nécessaire et suffisant pour arrêter la propagation de la maladie, puisque après tout, en dehors de tout contage, cette maladie pourrait se développer spontanément. Nous allons voir que la découverte de la bactéridie et de ses spores, en nous permettant de suivre et de démontrer la contagion dans ses modes les plus obscurs, a porté le coup le plus décisif à la doctrine inféconde et fausse de la spontanéité dans les maladies infectieuses.

(1) Raimbert, *loc. cit.*, p. 13.

PATHOLOGIE EXTERNE

De la transfusion du sang;

Résumé des leçons de M. DUPLAY.

Le professeur Duplay a consacré deux leçons à la transfusion du sang. C'est la première fois que cette opération est enseignée à la Faculté. La première séance a été occupée par l'historique de la question, et aux méthodes employées à l'étranger: Sang d'animal, sang défibriné, sérum artificiel, injections dans la cavité péritonéale, injections de sang dans le tissu cellulaire et autres procédés qui ne peuvent en rien rivaliser avec la réelle transfusion.

Dans la leçon suivante, le professeur a présenté les divers appareils connus en France. Celui de Collin, composé d'une pompe de verre surmontée d'un entonnoir et d'un réservoir de métal contenant des boules d'aluminium pour soupapes. L'appareil de Dieulafoy composé d'une pompe de verre avec réservoir pour retenir l'air, et deux tubes à trocart.

Ces deux instruments sont également défectueux parce qu'ils soumettent le sang au contact de l'air et de ses microbes, et aussi au contact du verre et du métal qui l'altèrent et le coagulent. Ces appareils n'ont jamais pu donner de bons résultats, et si du sang a été transfusé ainsi, les phénomènes graves qui ont suivi l'opération ont prouvé que le sang avait été altéré dans son transport.

M. Guérin a proposé la communauté des sangs par deux canules réunissant le bout supérieur de l'artère de Paul au bout inférieur de l'artère de Pierre et réciproquement; mais, si Paul malade peut profiter du sang de Pierre bien portant, celui-ci ne pourrait que perdre à recevoir le sang du malade.

Il est cependant un appareil qui permet d'accomplir des transfusions parfaites et que l'on doit employer dans les cas d'hémorrhagies mortelles et d'anémies graves; cas dans lesquels l'opération a donné près de 70 0/0 de succès. C'est l'instrument de M. Roussel inventé en 1865 (1). Il est construit en caoutchouc pur, élastique ou durci; substance

(1) *De la transfusion du sang*, par le Dr Roussel (Asselin, Paris). Voir *Progrès médical*, 1881, p. 21, 22, 24, 25, 28 et 30.

qui conserve bien la chaleur et transporte le sang sans l'altérer. Il est composé d'une ventouse annulaire qui se fixe sur le bras du donneur de sang, et contient une lancette qui ouvre la veine sous une couche d'eau. Par un tubeaspirateur, l'instrument est entièrement rempli d'eau, qui chasse l'air intérieur ; cette eau est antiseptique, bouillie, puis ramenée à 40° et chargée de 1 0[0 de soude.

La canule terminale est introduite pleine d'eau dans la veine de l'opéré qui a été préparée et ouverte à l'avance ; puis on frappe sur la tête de la lancette pour ouvrir la veine ; l'air intérieur, l'eau, puis le sang mélangé d'eau sortent par une bifurcation d'issue placée près de la canule. Quand le sang apparaît pur on ferme la bifurcation et le sang passe d'une veine dans l'autre sans avoir été exposé à l'air et sans subir de causes d'altération.

La lancette est bifurquée en deux triangles pointus, tranchants en dedans ; elle descend à cheval sur la veine, elle incise la paroi supérieure et les parois latérales sans pouvoir toucher la paroi postérieure.

La saignée pratiquée par cette lancette et la perte de sang nécessaire à une transfusion sont parfaitement inoffensives. Pour le prouver, le professeur présente un homme qui a déjà donné six fois son sang pour des transfusions et auquel plusieurs mourants doivent la vie. Cet homme dévoué, qui est demeuré en parfaite santé, consent encore à être saigné séance tenante pour l'enseignement de l'opération.

Le professeur place la bande à saignée sur le bras de M. Guislin Dupuich, et montre les cicatrices des six saignées précédentes. La ventouse fixe son cylindre sur la veine et la lancette est adaptée ; l'eau chaude remplit l'appareil, la saignée est prudemment pratiquée en deux temps, et l'on voit jaillir de la canule un sang pur qui fournirait une parfaite transfusion s'il y avait là un malade à sauver. Puis le bras est bandé, l'appareil, lavé et démonté dans une cuvette, montre qu'aucun caillot ne s'est formé dans le canal parcouru par le sang ; preuve concluante que le sang qui vient de le traverser est demeuré complet et inaltéré, grâce à l'asepsie assurée par cette méthode.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Rachitisme et syphilis.

Le professeur Parrot, dont tous les lecteurs du *Progrès médical* ont pu apprécier le talent et le savoir, dont l'honnêteté scientifique ne peut être suspectée, a soutenu dans ce journal même (1) une thèse exclusive et absolue que les faits démentent chaque jour. Il a professé avec une chaleur communicative, avec une conviction digne d'une meilleure cause, que le rachitisme n'existait pas comme entité morbide et que *toujours, dans tous les cas*, il relevait de la *syphilis héréditaire*. Cette affirmation énoncée dans les colonnes du *Progrès médical* en 1880, répétée avec éclat au Congrès international de Londres en 1881, est aussi nette que possible, elle est sans réserve, sans restriction d'aucune espèce, elle ne prête à aucune interprétation, à aucun commentaire de nature à en affaiblir la valeur et la portée. Profondément imbu de l'idée qu'il professe et dont il poursuit la vulgarisation, Parrot lui donne toutes les formes; il y revient dans toutes ses communications, il y insiste en la soulignant de toutes ses forces; *le rachitis ne reconnaît pas d'autre source que la syphilis héréditaire..., tous les cas de rachitis relèvent d'une source unique : la syphilis héréditaire... Le rachitis n'est pas une maladie, mais simplement l'une des affections du système osseux que produit la syphilis héréditaire... Le rachitis reconnaît pour cause unique la syphilis héréditaire et constitue l'altération la plus avancée parmi celles dont cette maladie frappe le système osseux.*

(1) *Progrès médical*, 31 juillet 1880.

Quand une opinion aussi formelle vient contredire les théories adoptées par l'immense majorité des médecins de tous les pays, elle ne peut faire fortune que si elle est étayée sur des preuves indiscutables.

Or, voici les arguments formulés par le professeur Parrot : un très grand nombre de pièces anatomiques recueillies à l'hospice des Enfants-Assistés et soumises à un examen macroscopique et microscopique des plus consciencieux ont donné les résultats suivants qu'on peut résumer en quelques phrases : 1° chez les fœtus mort-nés, les avortons, les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, on constate la production de couches ossiformes nouvelles, véritables *ostéophytes* qui se développent à la périphérie des os longs et plats ; en même temps, dans beaucoup de cas, le tissu cartilagineux du voisinage de l'épiphyse est infiltré de sels calcaires (*couche chondro-calcaire*). 2° Dans un deuxième type, certaines portions de l'os sont remplacées par un tissu mou, aqueux, *jaune maïs*, ou *sucre-d'orge*, ayant l'apparence d'une gelée (*atrophie gélatiniforme*) et pouvant produire la pseudo-paralysie syphilitique. 3° Dans un troisième type, on rencontre le *tissu spongoïde* de M. Jules Guérin. Enfin, les crânes des enfants offrent des lésions analogues et présentent ces saillies pariétales que Parrot a décrites sous le nom de *crânes natiformes*. Pour lui, les *ostéophytes* constituent le fait propre, caractéristique, spécifique. Quant aux autres degrés d'altérations osseuses qu'il a mentionnés, ils ne diffèrent entre eux qu'en apparence, par l'âge, non par l'essence et l'origine. Si donc on peut découvrir l'origine de l'une de ces altérations, il faudra l'attribuer aux autres. Eh bien ! dit Parrot, j'affirme, pour l'avoir constaté plusieurs centaines de fois, que les deux premiers types se rencontrent exclusivement chez des sujets présentant dans les viscères ou sur la peau quelque marque incontestable de la syphilis héréditaire. D'où il faut induire que le troisième et dernier type est lui aussi sous la dépendance de cette maladie. Si maintenant l'on se reporte aux descriptions classiques du rachitis, l'on voit que cette affection des os de l'enfance ne diffère en rien de la syphilis osseuse arrivée à la troisième période. Dans l'un et l'autre cas, c'est le tissu *spongoïde* qui sert de caractéristique. Car, sans lui, il peut y avoir de l'ostéomalacie, mais il n'y a pas de rachitis. *Donc le rachitis est engendré par la syphilis héréditaire.*

On voit que Parrot a prétendu résoudre la question des rapports de la syphilis et du rachitisme, sans sortir de son laboratoire et sans avoir aucun égard ni à l'étiologie, ni à l'évolution clinique, ni à la thérapeutique de la maladie. Il a voulu résoudre le problème tout entier, en ne considérant qu'un seul de ses éléments, l'élément anatomique, le plus litigieux sans contredit. Il en résulte que cette sorte d'équation algébrique et d'affirmation syllogistique n'a pas la rigueur scientifique qu'elle parait avoir. Et d'abord, ce *tissu spongoïde*

qu'il regarde, à bon droit, comme caractéristique du rachitisme, Parrot ne le trouve jamais chez ses fœtus et ses nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, il ne le rencontre que plus tard, chez des enfants de 18 mois, de 24 mois dûment rachitiques. Et il suppose que ce tissu révélateur du rachitisme n'est qu'un aboutissant des lésions *ostéophytiques* de la syphilis ; il le suppose, il ne le démontre pas. Et quand même il y aurait analogie, identité entre les lésions osseuses de la syphilis héréditaire et celles du rachitisme, serait-on en droit de confondre les deux maladies, alors que tous les autres éléments morbides les distiguent nettement ? Parrot n'a pu se défendre de l'entraînement que ses belles recherches sur la syphilis héréditaire expliquent et légitiment presque. Il est attaquable sur le terrain de l'anatomie pathologique qui lui a servi à étayer toute sa doctrine ; il est bien plus attaquable encore sur le terrain de l'étiologie. Comme l'ont vu et démontré Jules Guérin, Broca, Trousseau et tous les médecins d'enfants; comme l'ont proclamé tous les médecins anglais, allemands, français (à l'exception de M. Gibert du Havre) qui prirent la parole au congrès de Londres, comme l'a professé avec talent le Dr Bouchard dans son livre sur le ralentissement de la nutrition, le rachitisme n'est qu'une maladie de développement du tissu osseux, un trouble de nutrition en rapport soit avec une mauvaise alimentation, soit avec une mauvaise élaboration des aliments. Sans doute la syphilis pourra être le point de départ de ces troubles nutritifs, comme on voit la rougeole, la coqueluche et les autres maladies de l'enfance provoquer les désordres initiaux qui conduisent au rachitisme, mais cette syphilis héréditaire ou acquise agira d'une façon banale, nullement spécifique. D'autre part, le rachitisme a des allures cliniques particulières qui en font un type aisément reconnaissable, la syphilis héréditaire osseuse revêt des allures toutes différentes : le tibia syphilitique tel que l'a décrit M. Lannelongue, diffère essentiellement du tibia rachitique. En thérapeutique, nous voyons les mercuriaux trouver leur emploi dans la syphilis, l'huile de morue, les bains de mer, le phosphate de chaux concourir à la guérison des rachitiques. On pourrait encore invoquer des arguments tirés de la distribution géographique du rachitisme et de la syphilis ou de la connaissance plus ou moins ancienne de ces maladies. Nous aimons mieux terminer par le récit abrégé d'une observation remarquable presentée par notre ami le Dr Galliard à la Société clinique de Paris le 10 décembre 1885. Ce médecin distingué fut appelé à donner des soins, il y a quelques années, à un petit garçon soumis à une mauvaise hygiène alimentaire, qui devint rachitique sous ses yeux et présenta par la suite tous les traits du rachitisme ; nodosités, incurvation des os, chapelet costal, gros ventre, grosse tete, etc. Un frère plus jeune, mieux allaité que le précédent, a échappé au rachitisme. Les partisans de la théorie de Parrot, dédaignant l'influence pathogénique de l'hygiène alimentaire, auraient cherché la syphilis chez les parents et l'auraient admise malgré toutes les dénégations. Or, la syphilis héréditaire ne pouvait pas être invoquée dans ce cas ; le père et la mère du petit rachitique n'avaient jamais eu la syphilis. En effet, quelques années après la naissance de cet enfant, le père d'abord, la mère ensuite, consultent le Dr Galliard pour des accidents secondaires qui levaient tous les doutes. Voilà donc un fait décisif contre l'opinion de Parrot; à lui seul il permet de repousser les conclusions de toutes les recherches anatomo-pathologiques et il achève la ruine d'une théorie erronée.

Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian étudie l'*hémianesthésie alterne comme symptôme de certaines lésions du bulbe rachidien.* — Il rapporte à ce sujet une observation recueillie dans son service à l'Hôtel-Dieu au mois de décembre dernier, et il signale plusieurs expériences faites sur des cobayes. La section transversale d'une moitié du bulbe rachidien produit, entre autres symptômes, une hémianesthésie alterne, c'est-à-dire une anesthésie plus ou moins prononcée du même côté de la face que la lésion, et une anesthésie incomplète des membres du côté opposé. L'anesthésie faciale est d'autant plus accusée que la section porte sur un point plus élevé du bulbe rachidien, mais elle ne va pas jusqu'à l'insensibilité absolue. Les lésions morbides unilatérales du bulbe rachidien se traduisent, chez l'homme, par des symptômes variés, suivant le siège, l'étendue en hauteur, largeur et profondeur de ces lésions. Lorsqu'elles empiètent quelque peu sur la protubérance annulaire, elles peuvent atteindre les origines du nerf facial et déterminent alors, comme on le sait, une hémiplégie alterne. Il est probable que celle-ci se complique souvent d'anesthésie plus ou moins marquée du côté du corps opposé au siège de la lésion ; c'est ce qui avait lieu dans le cas signalé récemment par M. Vulpian. Si ces lésions intéressent la racine descendante du trijumeau, elles peuvent produire une hémianesthésie alterne, comme dans le cas rapporté aujourd'hui par le même auteur. On comprend la possibilité d'autres combinaisons symptomatiques, qui se réaliseraient si une lésion unilaterale atteignait les origines ou le trajet intra-bulbaire de l'un ou de plusieurs des autres nerfs bulbaires (hypoglosse, spinal, pneumogastrique, glosso-pharyngien, oculo-moteur, externe, acoustique).

L'hémianesthésie alterne doit donc être considérée comme un des symptômes caractéristiques par lesquels peuvent s'accuser les lésions du bulbe rachidien. Si elle se manifeste tout d'un coup, on devra admettre qu'elle est due, soit à une hémorrhagie limitée intra-bulbaire, soit à une oblitération par embolie de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure du côté correspondant à la moitié anesthésiée de la face.

M. James Blake adresse une note relative à la communication de M. Ch. Richet sur l'*action physiologique des sels de lithium, de rubidium et de potassium.* — Il rappelle ses travaux publiés en 1839 sur ce sujet et il regarde comme erronée l'assimilation des effets toxiques de ces différents sels. Il est vrai que par tous la circulation est arrêtée : mais avec les sels de potasse, cet arrêt survient par paralysie du cœur, tandis que par les sels de lithium et de rubidium, il arrive par obstacle à la circulation pulmonaire et à l'oxygénation du sang.

M. V. Feltz a institué des expériences démontrant que, dans certaines conditions, le *virus charbonneux s'atténue dans la terre.* — Il a arrosé de la terre, dans ses différentes couches, avec du sang charbonneux frais et avec des cultures très virulentes. Au bout de deux mois, il inocula des lapins et des cobayes avec cette terre : tous périrent rapidement du charbon. Après un an, le nombre des lapins morts fut moins nombreux ; au bout de deux

ans, les cobayes succombaient encore, mais les lapins ne mouraient plus. La terre accomplirait ainsi des atténuations du virus charbonneux analogues à celles que l'on produit artificiellement dans les laboratoires.

MM. Cadéac et Malet ont étudié la *transmission de la morve de la mère au fœtus.* — Treize expériences, dans lesquelles la morve de la mère n'a été transmise au fœtus que deux fois et quelques observations cliniques leur permettent de conclure que les fils de mères morveuses naissent rarement morveux.

M. E. Varenne communique les premiers résultats de ses recherches sur la *coagulation de l'albumine.* — Il s'est occupé des modifications qu'apportent dans ce phénomène des doses variables de différents sels. Il divise ceux-ci en : 1° Indifférents (chlorate de potasse, sulfate de soude); — 2° Retardant et même empêchant la coagulation (chlorure de sodium, sulfate de magnésie, iodure de potassium, sulfate de fer, etc.) : — 3° Favorisant la coagulation (sulfate de cuivre, chlorure de baryum, azotate d'urée, cinétique, etc.) P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 janvier 1886. — Présidence de M. P. Bert.

M. Richet offre à la Société le premier numéro des *Archives slaves de physiologie* (rédigées en français). — Il a renouvelé l'expérience fondamentale de Galani, en faisant fonctionner la roue à interruption de Marey dans laquelle une pointe de platine se trouve en contact avec un godet de mercure. Il naît alors un courant électrique suffisant pour produire des contractions musculaires chez la grenouille.

M. Franck dit que la chute successive des gouttes de mercure dans l'eau suffit également à produire ce courant électrique.

M. P. Bert fait observer qu'il y a là une anomalie apparente, car les courants qu'on détermine ainsi sont faibles et il faut des courants assez énergiques pour faire contracter les muscles de la grenouille.

M. Duclaux a cherché à vérifier l'opinion de Grawitz (1), qui a dit que les champignons de l'herpès tonsurant, du pytiriasis versicolor, du muguet et du favus, étaient identiques. Cette opinion est erronée, car M. Duclaux a cultivé ces parasites, les a inoculés et a parfaitement constaté que leur morphologie et leur action étaient distinctes.

M. Dupuy dit qu'on a attribué la première inspiration du nouveau-né, soit à l'excitation cutanée résultant du contact de l'air, soit à ce fait que la moelle allongée est excitée par l'acide carbonique alors emmagasiné dans le sang qui n'est plus hématosé. L'auteur croit à cette dernière interprétation ; il ouvre l'utérus d'une chienne pleine et il l'asphyxie : aussitôt après les petits commencent à respirer par suite de la cessation de la circulation fœtale oxygénée. Ils se noient ensuite en aspirant le liquide amniotique.

M. P. Bert rappelle que Buffon a obtenu les mêmes résultats en asphyxiant une chienne pleine par l'immersion dans un baquet plein d'eau.

M. Ch. Richet rappelle qu'on fait respirer les animaux nouveau-nés en leur pinçant la patte : l'excitation périphérique a donc une certaine importance : ce que confirme M. P. Bert en parlant des flagellations avec une serviette mouillée que font fréquemment les accoucheurs dans les cas d'apnée.

M. Dupuy a coupé le pédoncule cérébral d'un chien et a vu que les impressions se transmettaient au côté opposé comme si la section n'avait pas eu lieu. Il parle de la diffusion [illegible] de la base.

M. Franckconteste que la proposition de M. Dupuy renverse tout simplement la physiologie cérébrale. Par où se fait donc la transmission ?

M. Dupuy ne s'en [illegible] pas pour le moment ; il a seulement voulu prendre date.

M. Laborde croit que M. Dupuy a lésé toute autre partie que le pédoncule.

(1) Voir p. 7[illegible] la Correspondance.

M. P. Bert demande si l'auteur a mis une lame isolante entre les deux surfaces sectionnées, pour faire la contre-épreuve, et reçoit une réponse négative.

M. Dubois pique chez un canard un des ganglions de la base et détermine ainsi un mouvement giratoire. Il décapite le canard et voit que ce mouvement continue. La présence du cerveau n'est donc pas nécessaire ; la moelle a enregistré avant la décapitation l'excitation particulière produite par la piqûre des ganglions centraux.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Maurice Perrin, à l'occasion de la récente communication de M. Panas, sur l'opération de la cataracte, fait observer qu'il a renoncé depuis longtemps à la méthode linéaire de de Græfe et adopté le procédé à lambeau de Daviel ; — M. Perrin va plus loin aujourd'hui et complète la méthode à lambeau par l'iridectomie partielle. M. Panas a adopté le lavage antiseptique intra-oculaire et lui attribue des nombreux succès opératoires ; et M. Perrin obtient des résultats identiques en ne recourant pas à ces lavages antiseptiques. En ce qui concerne l'expulsion du cristallin, M. Panas déclare qu'il est souvent difficile de déchirer la cristalloïde dans une étendue suffisante pour permettre la sortie de toutes les masses cristalliniennes. C'est dans le but de remédier à cet état des choses que M. Perrin a imaginé un kystitome à trois pointes.

M. A. Gautier fait une communication sur les *ptomaïnes,* dérivées de la décomposition bactérienne des tissus animaux. M. Gautier rappelle d'abord l'historique de la question, depuis Panum, Selmi, jusqu'à Brouardel, Boutmy et Gautier ; il indique ensuite les procédés destinés à retirer ces ptomaïnes des viandes en putréfaction et étudie l'action physiologique de ces substances.

Séance du 19 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. le Président déclare une *vacance* dans la section de pharmacie.

L'Académie procède à la nomination des membres des commissions relatives à l'examen des titres des candidats aux places de membres correspondants. 1re Division : MM. G. Sée, Roger, Charcot, Laboulbène, Potain, Vulpian, Proust. 2e Division : MM. Legouest, Verneuil, Lannelongue, Tarnier, Panas. 3e Division : MM. Berthelot, Javal, Milne-Edwards, Bourgoin, Gariel.

Election d'un membre associé national. — Votants : 61, majorité : 31. Au premier tour de scrutin, M. Tholozan est élu par 58 voix, contre M. Arnould (de Lille) 1 voix : M. Mandon (de Limoges) 1 ; M. Picot (de Bordeaux), 1.

Election d'un membre correspondant national. — Votants : 64 : Majorité, 33. Au premier tour de scrutin : M. Mandon (de Limoges) réunit 13 suffrages ; M. Arnould (de Lille), 30 ; M. Granet (de Montpellier), 10 ; M. Picot (de Bordeaux), 6 : M. Queirel (de Marseille), 4 : bulletin blanc, 1. Au deuxième tour de scrutin, M. Arnould est élu par 47 voix, contre M. Mandon, 7 : M. Granet, 6 ; M. Queirel, 1.

M. Panas, à l'occasion de la récente communication de M. Perrin, sur l'opération de la *cataracte*, estime que la méthode antiseptique intra-oculaire n'est pas une quantité négligeable. Grâce à elle, la suppuration de l'œil n'existe plus, quel que soit le terrain sur lequel on opère.

M. A. Gautier termine la lecture de sa communication sur les *ptomaïnes* ; il insiste aujourd'hui sur les alcaloïdes physiologiques qu'il dénomme leucomaïnes, par opposition aux ptomaïnes qui sont les alcaloïdes cadavériques.

M. Bouilly lit un *rapport* sur la *thoracoplastie*, à l'occasion d'une observation de M. Vaslin (d'Angers). Dans ce cas, il s'agit d'un homme atteint d'une pleurésie compliquée de fistules pleurales. Afin de remédier à cette complication, M. Vaslin eut l'idée de reséquer deux côtes, de détruire les fausses membranes pleurales et de faire le

lavage de la plaie, suivant les procédés ordinaires. Ce malade a complètement guéri, sans qu'il ait été nécessaire de reséquer les côtes, sur une trop grande étendue.

M. Polaillon lit un deuxième *rapport* concernant une nouvelle observation de M. Vaslin (d'Angers). Ici, il s'agit d'une amputation du fémur motivée par un ostéosarcome à forme pulsatile, chez un malade âgé de soixante-douze ans. L'opéré guérit ; et, huit mois après, il n'y avait aucune apparence de récidive. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 avril 1885. — Présidence de M. Cornil.

7. Adénie : tumeurs ganglionnaires volumineuses et multiples du médiastin, évolution rapide, mort ; par Duflocq, interne des hôpitaux.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société proviennent d'une malade morte dans le service de clinique de la Pitié.

Cette femme ayant fait l'objet d'une des leçons de M. le professeur Jaccoud, je serai bref sur les détails. Tout l'intérêt consiste dans la vue des pièces.

Cette femme, âgée de 24 ans, est accouchée il y a un an. Elle s'est bien remise et sa santé a été relativement bonne, car elle a toujours été délicate jusqu'en décembre 1884. A la fin de ce mois, elle s'aperçoit de la présence d'une grosseur sur le côté gauche du cou. La tumeur se développe rapidement, la malade s'affaiblit, perd l'appétit, maigrit et entre le 9 février dans l'état suivant. Femme pâle, maigre, abattue, respirant difficilement; elle présente sur le côté gauche du cou une masse qui se prolonge en arrière presque jusqu'à la ligne médiane. Cette masse est formée de tumeurs isolées au nombre de 7 à 8, mobiles sur les parties profondes et la peau non modifiée est mobile sur elles. La tumeur se continue d'une part jusque sous le grand pectoral, de l'autre jusqu'à l'aisselle, où se trouve une masse volumineuse. Il existe un gonflement œdémateux de la mamelle gauche. A droite, il y a quelques ganglions peu volumineux; dans les autres régions, rien, sauf dans l'aine droite où quelques ganglions sont un peu gros et durs. La dyspnée intense commande l'examen du médiastin. On constate de la matité en avant et à droite, avec absence du murmure vésiculaire qui, du reste, est très affaibli à gauche. En arrière, matité complète du sommet gauche et du tiers supérieur du poumon ; submatité au-dessous. L'auscultation fait entendre la respiration soufflante, le retentissement de la voix et la pectoriloquie aphone. A droite, respiration rude. Enfin, il existe des frottements pleuraux aux deux bases. La rate est volumineuse. Le diagnostic est adénopathie trachéo-bronchique comprimant le poumon gauche en avant et le poumon droit en arrière.

La malade a succombé à l'affaiblissement progressif, à la difficulté croissante de la respiration, après un mois et demi de séjour à l'hôpital.

L'autopsie montre que les tumeurs cervicale et axillaire sont d'origine ganglionnaire. Le médiastin mérite de nous arrêter davantage. Les tumeurs ganglionnaires multiples ont pris un développement colossal; elles refoulent et compriment tous les organes thoraciques. La masse est disposée en fer à cheval au niveau de la base du sternum : de là se détachent deux branches dépendantes qui se portent dans le médiastin antérieur : la gauche va jusqu'au sillon costo-diaphragmatique ; la droite s'arrête au lobe moyen. Le poumon est refoulé sur les parties latérales ; en avant, on aperçoit un peu la face antérieure du cœur. En haut et à droite, se trouve une petite languette pulmonaire, ce qui explique la persistance de la respiration en ce point ; en arrière, on voit des masses ganglionnaires multiples qui refoulent le poumon et entourent les autres organes du médiastin postérieur. Pas de compression de l'aorte ni de l'œsophage. Les nerfs sont repoussés par la tumeur à droite; à gauche, ils la traversent ; cependant pendant la vie, on n'a pas eu à noter de troubles de compression manifeste ; enfin, en palpant le poumon, on sent qu'il contient des tumeurs dures et résistantes qui ne sont autre chose que les ganglions intra-pulmonaires péri-bronchiques.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un lympho-sarcôme ; mais il existe des modifications de structure suivant les points considérés. Par place, les travées conjonctives sont hypertrophiées, elles tendent à passer à l'état fibreux. En d'autres endroits, le réticulum conjonctif n'est pas modifié; mais ses mailles au milieu de cellules lymphatiques contiennent d'autres cellules plus volumineuses, de forme variable et dont quelques-unes présentent des noyaux multiples. Les travées cellulaires très fines n'apparaissent alors que sur les coupes traitées par le pinceau. L'examen du sang chez cette malade, a montré une proportion toujours croissante des globules blancs, sans atteindre cependant un état leucémique franchement constitué. Nous présentons ces pièces à cause du volume insolite de la tumeur intra-thoracique et à cause de la rapidité de l'évolution de la maladie.

8. M. Gangolphe fait une *communication sur les localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire.* La rareté des observations d'ostéomyélite gommeuse des os longs paraît tenir à l'insuffisance des recherches microscopiques. Ces lésions généralement multiples, existent souvent du reste à l'état latent. Elles sont caractérisées au point de vue macroscopique :

a) Par les porosités, les vermoulures, les trous et les tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire, les productions osseuses nouvelles et font communiquer les espaces sous-périostiques avec le canal médullaire généralement dilaté.

b) Par la coloration jaune rosé ou jaune d'or qui remplit ces cavités et sinus intra-osseux.

c) Par leur sécheresse.

d) Par la rareté des séquestres de quelque étendue.

Ces lésions sont encore remarquables au point de vue histologique : 1° Par l'existence d'un tissu fibrillaire contenant dans ses mailles une masse considérable de petits éléments cellulaires dont une partie est en voie de désintégration granuleuse ; à la périphérie des lésions existe souvent un processus de limitation scléreuse ; 2° Par l'absence de lésions notables du système vasculaire.

La réparation des parties osseuses atteintes d'ostéomyélite gommeuse paraît due à un processus de sclérose osseuse et fibreuse.

Les fonctions hématopoïétiques de la moelle osseuse permettent de considérer ces lésions comme offrant de grandes analogies avec celles des ganglions de la rate.

La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales ; les recherches que nous avons entreprises dans deux cas, tout en nous démontrant la diminution de résistance du tissu osseux, nous permettent de croire que cette sorte de sénilité est insuffisante pour expliquer les faits de fractures dites spontanées. Du reste, jusqu'à présent, aucun fait anatomique n'établit l'existence d'une fracture par raréfaction simple, sans lésion localisée.

9. De l'ostéo-arthrite syphilitique; par Gangolphe.

Nous avons étudié une forme d'arthropathie tertiaire, l'ostéo-arthrite. Des trois variétés admises par Méricamp (th. 1882), il n'en est qu'une qui nous paraisse démontrée, c'est la seconde (forme osseuse). Mais les faits de Gies (1881) Schuller 1882), Virchow (1884), permettent d'admettre une variété d'arthropathie caractérisée surtout par la *chondrite* avec cicatrices étoilées, mamelonées, rappelant la lobulation *des foies atteints de cirrhose atrophique.* Les lésions se présentent avec des caractères différents suivant qu'on les étudie à la période de début, d'état ou de guérison.

L'affection débute par un syphilôme épiphysaire qui, s'il ne reste pas enkysté, finit par perforer le cartilage. La synoviale se remplit alors d'un liquide séro-purulent, l'altération osseuse et cartilagineuse s'étend de plus

en plus ; la perte de substance qui en résulte est tapissée par une néo-membrane rougeâtre, nullement fongueuse. Les ligaments restent intacts : la synoviale est épaissie, mais sans fongosités. L'absence de fongosités, l'adhérence du cartilage persistant au tissu sous-jacent, l'absence du bacille de Koch, et des caractères histologiques des productions tuberculeuses permettent de distinguer ces lésions de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Ajoutons encore l'absence de séquestre notable et de ces larges plaques d'éburnation avec teinte blanchâtre qui accompagnent si fréquemment le développement des tubercules osseux.

Spontanément, ou mieux sous l'influence du traitement, ces lésions peuvent guérir ; il en résulte des déformations souvent très marquées des extrémités osseuses. Signalons la coïncidence de ces gommes épiphysaires avec l'ostéomyélite gommeuse diaphysaire.

MM. Kirmisson et Cornil insistent sur l'importance de la présentation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *janvier* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Fracture du crâne. — M. Nepveu lit un rapport sur une observation de fracture du crâne adressée à la Société par M. Guerlain (de Boulogne).

Lipômes du mésentère. — M. Terrillon fait une intéressante communication sur les lipômes du mésentère. M. Terrillon a enlevé un de ces lipômes du poids de 57 livres ; l'opéré succomba le trentième jour après l'opération, épuisé par la diarrhée. A l'autopsie, on constata une certaine quantité d'ascite et une péritonite chronique adhésive. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un lipôme myxomateux. M. Terrillon a pu recueillir 15 observations de tumeurs analogues et il trace d'après ces documents, l'histoire des lipômes du mésentère. Les deux tiers de ces tumeurs appartiennent à des femmes. Leur poids peut dépasser 60 livres ; elles naissent au-devant de la colonne lombaire et se développent en avant en écartant les deux feuillets mésentériques, refoulant en dehors et en haut le paquet intestinal. L'ascite est rare, L'amaigrissement et la cachexie surviennent assez rapidement, sans doute par le fait de la compression des viscères abdominaux. Chez la femme ces tumeurs sont ordinairement prises pour des kystes de l'ovaire; la consistance de ces lipômes ou myxo-lipômes est souvent très molle et presque toujours il a été fait plusieurs ponctions. 8 cas ont été opérés et ont donné deux succès seulement ; dans les 6 autres la mort a été le fait de péritonite aiguë ou chronique.

M, Lannelongue lit une communication *sur les effets de l'extension continue dans le traitement des affections articulaires et de la coxalgie tuberculeuse.* On sait combien sont différentes les appréciations sur la possibilité de l'écartement des surfaces articulaires sous l'influence ou traction continue. M. Lannelongue a pu expérimenter sur un sujet atteint de coxalgie, traitée par l'extension, et qui succomba à une diphthérie. L'extension continue dura de 10 heures du matin à 7 heures du soir ; à ce moment le cadavre fut congelé. Des coupes ont montré que les surfaces articulaires étaient séparées par un intervalle de 2 millimètres au centre de la cavité et 5 millimètres dans la partie supérieure tandis qu'à la partie inférieure les surfaces sont en contact. — L'interstice était comblé par des fongosités nées de la synoviale. Cette expérience démontre que l'écartement des surfaces articulaires sous l'influence de tractions continues est incontestable et que, lorsque l'articulation est malade, cet écartement est considérable.

M. Desprès remarque que, l'expérience ayant démontré la possibilité de l'écartement des surfaces, l'ankylose parfois si désirable ne pourra plus être cherchée dans ces cas.

M. Verneuil est depuis longtemps d'avis que l'extension peut rendre de grands services en écartant les surfaces articulaires et par suite en supprimant la douleur (1). Il insiste sur ce point que dans les figures présentées par M. Lannelongue, le col est à angle droit sur le corps, si bien que le grand trochanter subit une ascension et qu'il est possible de croire à une luxation de la tête fémorale.

M. Trélat a soutenu cette opinion devant la Société, il y a trois ans ; il a montré à cette époque comment l'angle du fémur pouvait être modifié par la coxalgie et comment on pouvait croire alors à une luxation qui n'existait pas.

M. Lannelongue signale des variations très grandes dans l'angle du col avec le corps, non seulement chez les sujets coxalgiques, mais encore sur les enfants dont la hanche est saine Le rachitisme est peut-être un des facteurs principaux de ces changements.

M. Pozzi présente une malade atteinte d'hématocèle rétro-utérine. Il a incisé la poche par la fosse iliaque, établi un drainage vaginal. La malade a guéri en cinq mois.

Séance du 20 *janvier* 1886. — Présidence de M. Duplay.

M. Desprès communique une très intéressante observation de *rétention des règles* chez une jeune fille de 14 ans qui présentait en même temps une tumeur ombilicale. La tumeur ombilicale était en rapport avec cette rétention, car elle disparut subitement le jour où les règles s'établirent.

M. Desprès insiste sur certains points : jeune âge de la malade, siège de la tumeur à l'ombilic et non dans le bassin où on les rencontre d'ordinaire, utilité de la temporisation.

MM. Sée regrette que M. Desprès ne se soit point servi d'un trocart plus gros dans sa tentative de ponction et qu'il n'ait point examiné les organes génitaux de la malade.

M. Trélat s'associe à M Sée pour regretter que l'examen de la malade n'ait pas été fait plus complètement.

M. Lucas-Championnière présente une gouttière pour loger les membres opérés de résection du genou.

M. Reclus présente une malade à laquelle il a enlevé une bride circulaire étranglant le mollet et déterminant une atrophie du pied. L'opération a été faite en deux fois, et a donné les meilleurs résultats.

Elections : Membres correspondants nationaux : MM. Robert, Weiss, Guermonprez. — Membres associés étrangers : MM. Tilanus (Amsterdam) et Reverdin (Genève). Membres correspondants étrangers : Socin (Bâle), Thiriar (Bruxelles).

Paul Poirier.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. F. Lentz. **De l'alcoolisme et de ses diverses manifestations** — Bruxelles, 1884, in-8, Mayolez, éditeur.

II. B. Ball. **De la morphinomanie.** — Paris, in-12, 1885. Asselin et Houzeau, éditeurs.

III. Tagle y Alfonso. **Contribution à l'étude du Non-Restraint.** — Thèse Paris, 1885. A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

IV. A. Mairet. **Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique.** — Paris, in-4, 1884. G. Masson, éditeur.

V. Cl. bell. **Shall we hang the insane who commit homicides?** (Reprinted from the Medico-Legal Journal, 1885).

VI. V. Kandinsky **Kritische und Klinische Betrachtungen im Gebiete der sinnestauschungen.** — Berlin, in-8, 1885. Friedlœnder et Sohn, éditeurs.

VII. J.-M.-L. Marique **Recherches expérimentales sur le mécanisme de fonctionnement des centres psychomoteurs du cerveau.** — Th. d'agrégation de Bruxelles, 1885, Mayolez et Delahaye, éditeurs.

I. Il s'agit d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine de Belgique, en réponse à la question suivante au concours de 1881-1883. « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » M. Lentz établit que l'*alcool* produit deux espèces d'ivresse; une ivresse en quelque sorte normale et une ivresse anormale ou pathologique (ivresse maniaque, ivresse convulsive, ivresse anormale des

(1) L'extension continue est employée depuis longtemps, non-seulement dans le traitement des fractures et de la coxalgie, mais encore dans les arthrites, et entre autres dans celles-ci, contre le symptôme douleur. Ceux qui ont suivi le service de M. E. Bœckel à Strasbourg en 1874, 1875, 1876, ont pu voir dans tous ces cas des applications fréquentes, suivies d'heureux résultats et M. Bœckel ne semblait du reste réclamer aucune priorité. (*Note de la Réd.*)

aliénés), que l'alcoolisme chronique se traduit par des accidents hallucinatoires, par une démence spéciale, par une paralysie générale alcoolique. Enfin, sous la rubrique alcoolisme psychique proprement dit, il décrit le délire alcoolique en général, le delirium tremens, et les psychoses alcooliques. Celles-ci se décomposent en : psychopathies dépressives (lypémanie alcoolique ; psychopathies expansives (manie ambitieuse alcoolique) ; délires chroniques alcooliques (de persécutions, de jalousie, de grandeurs). Chacune de ces divisions comporte, en dehors de l'étude clinique, l'étude médico-légale, l'analyse des conséquences héréditaires et des rapports des modalités en question avec la folie commune. En outre, un chapitre spécial est consacré à l'alcoolisme héréditaire avec son appendice naturel la dipsomanie. Tel est le bilan de la psychiatrie de l'alcool, la partie somatique du problème ne nous incombant pas. Nous estimons qu'à part certaines critiques de détails, ce volume de 564 pages remplit consciencieusement son but ; les nombreuses observations qu'il renferme sont toutes judicieusement choisies. M. Lentz a obtenu le prix.

II. De même que les conteurs modernes, M. Ball met en vedette sur la couverture de son petit livre le titre de la première des leçons qu'il lui paraît indispensable de publier à part. A la suite de la *morphinomanie*, nous trouvons les *frontières de la folie*, le *dualisme cérébral*, les *rêves prolongés*, la *folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux*. Ce dernier sous-titre indique que M. Ball destine son volume aux gens du monde. Toutes ces leçons ont déjà vu le jour dans la Revue scientifique.

III. La thèse de M. Tagle, écrite sous l'inspiration de M. Magnan, constitue un parallèle entre le système coercitif et le *non restraint*, à la lumière de huit observations propres à démontrer la supériorité du non restraint dans le traitement des formes les plus graves de l'aliénation mentale. Conclusions : 1° Tous les instruments destinés à produire la coercition physique doivent être absolument abandonnés dans le traitement de l'aliénation mentale, quels que soient leurs perfectionnements. 2° Les moyens, quels qu'ils soient, dont le but est d'agir sur l'esprit des malades par la crainte ou la terreur, et dont l'ensemble constitue la contrainte morale, doivent être également proscrits ; 3° La reclusion, la surveillance et le maillot seront [illegible] à la coercition physique ; la persuasion et la douceur, cette dernière surtout, lorsque l'emploi de la force est nécessaire, devront remplacer la contrainte morale.

IV. M. Mairet a conçu et exécuté un véritable monument scientifique de *chimie biologique* à la clinique des maladies nerveuses et mentales de Montpellier. La première partie *[illegible] de l'acide phosphorique chez l'homme sain* est un modèle d'étude critique des documents antérieurs [illegible] recherches personnelles [illegible] [illegible] établissent successivement l'influence de l'alimentation, du travail [illegible], du travail intellectuel, de la veille, du sommeil. L'analyse [illegible] des quinze ou vingt propositions [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] par [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] d'azote et d'acide phosphorique, suractivent en un mot les échanges en acide phosphorique qui se passent au sein de la substance nerveuse ; dans l'état de mal, ce sont les systèmes nerveux et musculaires qui produisent les modifications dans l'élimination des substances en question, car leurs rapports restent les mêmes. En dehors des attaques et de l'état du mal, la nutrition de l'épileptique ne souffre pas. Le livre [illegible] envisage l'hystérique ; les recherches de M. Mairet sont les premières sur ce point ; elles ne portent encore que sur 2 malades (tableaux LXXX et LXXXI) ; ce sont de simples matériaux d'attente.

V. *Faut-il pendre les aliénés* qui sont devenus meurtriers de par leur psychose? Tel est le titre du mémoire de M. Bell, qui démontre que le Dr Beach était un fou (séance du 14 avril 1885, *de la medical jurisprudence Society of Philadelphia*).

VI. Tandis que l'*hallucination vraie* présente tous les caractères de l'objectivité, de l'incarnation, de la réalité, bien qu'elle émane du cerveau, la *pseudo-hallucination*, qui d'ailleurs a la même origine, ne possède pas l'ensemble des qualités qui entraînent la conviction : elle n'est pour le patient lui-même qu'une image, il est vrai fine et parfaite, mais elle reste une image. Après avoir étudié les caractères distinctifs des images provoquées par le souvenir et l'imagination, des pseudo-hallucinations et des hallucinations, chez les individus sains ou aliénés, M. Kandinsky conclut que pour que l'on croie à la présence d'un objet, à la réalité d'un son extérieur ou d'une voix ambiante, il faut que les centres sous-corticaux des nerfs sensoriels entrent en action, par n'importe quel mécanisme. Ces centres demeureraient inertes dans les pseudo hallucinations. Nous n'avons pas le loisir d'en dire plus long sur la genèse des images issues du souvenir et de l'imagination, des pseudo-hallucinations hypnagogiques des individus sains d'esprit ou des aliénés. Voir le mémoire lui-même et les *Archives de neurologie* (tome X, p. 102).

VII. M. Marique isole par une série de sections les *centres psychomoteurs* des zones qui les entourent, et il examine ce qui se passe. Il conclut de ses expériences que les centres corticaux moteurs sont des confluents d'excitations émanées de partout ailleurs, qui viennent s'y coordonner ; cette fonction de coordination appartient aux cellules nerveuses. Chez le chien, la plus grande somme des excitations arrive des parties postérieures du cerveau. Mais il est probable que chez les singes et l'homme, les lobes occipitaux ne remplissent plus qu'un rôle secondaire ; chez eux les lobes frontaux, réceptacles de toutes les impressions sensitives et sensorielles, deviendraient le lieu d'émanation des sources d'excitations motrices dont les centres psychomoteurs seraient les pouvoirs exécutifs. En somme, tous les centres corticaux sont, par l'intermédiaire des fibres d'association, des lieux de réception et des lieux de [illegible] ; ils se prêtent un mutuel appui, ils s'échappent mutuellement. L'essence de leur activité est le mouvement vibratoire transformé en modalités diverses par les phénomènes physico-chimiques, qui se passent au sein de la matière nerveuse.

P. Keraval.

CORRESPONDANCE

Berlin, [illegible]

Monsieur le Rédacteur,

A la Société des médecins, M. [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] de 1860, la masse gazeuse est passée [illegible], ce

résultat tient à l'action des cristaux de chaux à arêtes vives, qu'on fait dissoudre après l'opération au moyen d'acide chlorhydrique. On fait ensuite de cette masse pulvérisée, par compression, des lamelles fines et des membranes filtrantes, qui seraient assez peu poreuses pour arrêter même des spores de bactéridie charbonneuse. Ces filtres, suffisamment épais, arrêtent aussi, assure M. Breyer, les bacilles les plus ténus et leurs spores. Ils pourraient ainsi servir à la désinfection complète de l'eau.

Il paraîtrait que des essais faits par des hygiénistes ont confirmé ces résultats. L'inventeur construit des filtres de ce genre de tous modèles, depuis les filtres de poche jusqu'aux grands appareils industriels et servant à filtrer l'eau potable des villes (1).

L'orateur a ensuite présenté quelques appareils et a fait quelques expériences. De l'eau mélangée à du bleu d'outremer passe absolument incolore.

La communication a été très applaudie. Nous ne pensons pas, il est vrai, que le filtre d'amianthe ne tienne toutes ses promesses, mais il a, même s'il était moins parfait que Breyer ne l'assure, une grande valeur hygiénique.

Dans la dernière réunion de la *Société médicale berlinoise*, M. GRAWITZ a fait de fort intéressantes communications. Il a montré que les champignons du *favus* et de l'*herpes tonsurant* étaient d'espèce différente, bien que les spores se ressemblassent ; si l'on sème les deux champignons sur de la gélatine à 7 1/2 0/0, le champignon de l'herpès la liquéfie rapidement tandis que celui du favus la liquéfie lentement. Sur l'agar-agar, le champignon de l'herpès forme des gazons, et celui du favus des cultures rayonnantes. Sur du sérum sanguin, l'herpès fera un revêtement très régulier et le favus des foyers. Les champignons diffèrent donc absolument de l'oïdium lactis. Des vaccinations faites sur des collègues, donnèrent du favus ou de l'herpès, suivant le champignon employé pour l'opération.

Après cet orateur, M. JULIUS WOLF a proposé une méthode de traitement des opérés du nez, du pharynx ou de la gorge. LANGENBECK n'a jamais fait de staphylorrhaphie chez de petits enfants, parce que les soins consécutifs étaient d'exécution trop difficile, pour ne pas dire impossible. Wolf conseille de placer l'enfant le dos sur une table, la tête pendant en bas sur le bord de cette dernière ; à 2 mètres environ de hauteur, on place au-dessus un irrigateur avec de l'eau pure ou une solution antiseptique quelconque (acide salicylique, etc.). Le jet est dirigé dans la gorge de l'enfant, qui chasse toutes les sécrétions et les amas de pus. En même temps, le liquide antiseptique modifie les bords de la plaie. Il n'y a pas de danger d'asphyxie par aspiration du liquide injecté, car le liquide est constamment rejeté au dehors et enlève les mucosités. Wolf a eu de bons résultats dans la staphylorrhaphie et voudrait voir employer aussi sa méthode dans la diphthérie, car il n'a pas eu encore l'occasion de l'appliquer au traitement de cette maladie.

M. Küster ne croit pas le procédé bon. Les enfants se montreraient récalcitrants, et la guérison par le fait même de cette résistance, se trouverait compromise. Pour lui, l'application sur la plaie d'iodoforme en poudre lui a toujours donné d'excellents résultats. D[r] L. CASPER.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants ;

Par le D[r] AUBENNE.

S'il est vrai, comme l'enseignent les auteurs les plus autorisés, et c'est notamment, que les organes digestifs de l'enfant acquièrent l'aptitude à digérer les substances amylacées, plusieurs mois seulement après la naissance, s'il est vrai que la salive si abondante qui s'écoule de la bouche du nourrisson en travail de dentition, est dépourvue de diastase et impropre, par conséquent, à modifier la fécule ou amidon, l'alimentation prématurée au moyen de bouillies, de panades, de soupes, etc., est condamnée scientifiquement, au nom de l'anatomie et de la physiologie.

(1) La maison Kolo Wagner, à Berlin [illegible] de l'exploitation.

Mais cette démonstration était vraiment superflue. La clinique ne l'a que trop souvent fournie aussi probante que peuvent la demander les plus sceptiques et les moins clairvoyants. Pour le médecin, la question est vidée et la discussion oiseuse.

Nous admettons tous, avec unanimité, comme premier principe d'alimentation dans la première enfance, que le lait seul doit constituer l'aliment exclusif jusqu'au sixième mois, et quelquefois jusque vers la fin de la première année.

Mais quand vient l'époque de transition et de sevrage, où il convient d'adjoindre au lait ou de lui substituer des aliments solides, nous sommes partagés et indécis. En conséquence de cette incertitude, le médecin s'en remet à l'ordinaire, pour la deuxième alimentation, aux données de l'empirisme et, pour tout dire, aux soins des bonnes gens ou plutôt des bonnes femmes.

Est-il donc impossible d'établir des lois et des principes pour se conduire dans cette seconde phase de la vie végétative?

D'une part, les physiologistes nous apprennent que le rapport des substances azotées aux matériaux hydrocarbonés doit être, dans un aliment complet, de 1 des premières à 5 des seconds ; et l'expérience montre que, si ce rapport s'élève et devient 1 à 7 ou même 1 à 6, ou s'abaisse et descend à 1 à 4, il survient des troubles de la nutrition, et un état morbide apparaît.

D'autre part, si nous consultons le tableau d'analyse chimique qui nous donne la composition des principales graminées alimentaires, tel que Payen l'a dressé, nous y trouvons qu'une seule de ces semences remplit parfaitement les conditions exigées par les règles scientifiques et les données de l'expérience. C'est l'analyse de la farine d'avoine qui présente ce rapport reconnu nécessaire. En effet, sa composition élémentaire donne exactement 14.39 de matières azotées et 75.34 d'hydrocarbures pour 100. Ce n'est pas tout : dans ces 75.34 de substances carbonées, on distingue 9.25 parties de dextrine, c'est-à-dire d'amidon déjà modifié et presque assimilable ; et 5.50 de matières grasses, proportion double de celle que fournissent les blés les plus nutritifs.

Ce dernier point n'est pas indifférent, puisque nous savons que l'enfant dépense, toutes proportions gardées, plus de chaleur que l'adulte, et que les corps gras sont les générateurs de calorique les plus puissants. Ici donc la substance calorigène se trouve condensée heureusement sous un petit volume.

Quant aux substances minérales, c'est-à-dire le phosphate de chaux et de magnésie, les sels de potasse et de soude, le fer et la silice, ils représentent 3.25 p. 100, coefficient le plus élevé de toute la série des céréales usitées.

Si donc on compare la farine d'avoine à celle des autres graminées, on voit, en résumé, qu'elle est caractérisée :

1° Par le rapport parfait qui s'y trouve entre les substances azotées et les composés ternaires ;

2° Par le chiffre supérieur des substances minérales, éléments du squelette et du sang ;

3° Par la forte proportion des matières grasses, moyen d'engraissement et combustible condensé.

C'est pourquoi, dit Payen, on s'explique que « l'avoine, débarrassée de ses écailles ou enveloppes, et réduite en gruau, soit employée avec succès dans l'alimentation des hommes en Irlande et en Écosse, et plus particulièrement introduite dans le régime alimentaire des enfants, sous forme de potages, en Angleterre ». Mais, ajoute le savant chimiste, le gruau d'avoine est l'objet de véritables falsifications ; sur 30 échantillons pris dans différentes boutiques, 16 se sont trouvés falsifiés ».

C'est en connaissance de ces rares propriétés, et pour sauvegarder la pureté de ce produit, que des chimistes français ont formé l'heureuse entreprise de spécialiser une farine de gruau d'avoine, préparée suivant les procédés perfectionnés que l'industrie possède aujourd'hui.

C'est là l'origine de la *farine Morton*, au gruau d'avoine,

recommandée par les sommités scientifiques et à laquelle un médecin renommé des hôpitaux d'enfants, le professeur Bouchut, a consacré un travail elogieux.

Si, comme j'ai essayé d'en donner la raison scientifique, la farine d'avoine mérite d'être adoptée comme second aliment dans le bas âge, c'est la *farine Morton* qu'il faut prescrire, pour offrir aux nourrissons toutes les garanties que nous avons le devoir d'exiger pour eux.

BIBLIOGRAPHIE

Taschenbuch für Krankenpflegerinnen, 1879. — Weimar, 1 vol. petit in-12 de 112 pages.

L'almanach des « *Soigneuses de malades* » (1) a été publié, sous le protectorat de Sa Hautesse Royale Mme la grande-duchesse de Saxe, par « l'Institution des dames-infirmières » de Weimar.

Une préface explicative donne quelques éclaircissements quant au but que l'ouvrage se propose. L'auteur de cette préface, P. de Bojanowski, constate d'abord qu'il s'est développé, en ce siècle, dans le domaine des soins dus aux malades, une activité croissante et bien faite pour réjouir le cœur. Jusqu'ici, dit-il, les sociétés catholiques seules prodiguaient leurs soins bienfaisants ; quelques personnes isolées, en outre, s'étaient consacrées aussi à ces soins, mais sans les connaissances requises et sous l'influence de causes extraordinaires, guerre ou épidémie, dont la disparition faisait cesser ce mouvement. Tandis que, tout récemment, l' « Institut des Diaconesses », œuvre évangélique, vient d'ouvrir la voie. Il s'est créé depuis des « Sociétés de soins » et des « Sociétés d'assistance ». Quel large champ d'activité bienfaisante, s'écrie l'auteur, s'ouvre ainsi devant la femme qui est surtout appelée à établir, dans la chambre du malade, le gouvernement de sa main délicate ! Partout, sous le signe de la « Croix Rouge, » se sont formées des Sociétés de femmes qui s'occupent de l'instruction des dames-infirmières et de l'administration des soins.

L'almanach, en première ligne, a pour but de donner un tableau exact des forces mises au service de l'humanité souffrante. Ce tableau, qui ne s'applique actuellement qu'au royaume de Prusse, s'étendra aux autres pays et donnera, si la chose est possible, un relevé exact des établissements de Sœurs de charité, de Diaconesses et de Sœurs de la Croix-Rouge. Les forces actuelles ne suffisant pas aux besoins qui s'accroissent chaque jour, il est important que l'on rende possible une répartition de ces forces. Il est également désirable que, dans le cas de l'explosion d'une guerre ou d'une épidémie on puisse se rendre compte, d'un coup d'œil, des forces généralement disponibles.

L'almanach a également pour but d'instruire. Si la statistique est surtout destinée aux Sociétés et aux médecins, la partie instructive s'adresse spécialement aux dames-infirmières. L'almanach, disposé de façon que la dame-infirmière puisse le mettre commodément dans sa poche, afin d'y consigner, au lit du malade, les notes utiles au médecin ainsi que les prescriptions de ce dernier, contient chaque année une série d'indications se rapportant aux circonstances qui peuvent se présenter à la dame-infirmière dans l'exercice de ses fonctions : premiers soins à donner dans les accidents, dans les lésions et blessures ; intoxications et antidotes ; pansements ordinaires ; préparatifs des grandes opérations ; communication de maladies par les dames-infirmières et mesures préventives dans les maladies contagieuses. On trouvera aussi des tables sur la conversion des différents degrés thermométriques, sur les poids médicinaux et les mesures métriques, sur les ingrédients des bains ordinairement employés.

(1) Le mot allemand *Krankenpflegerinnen* ne signale ni garde-malade, ni infirmière, il veut dire littéralement *Soigneuse de malades*. Mais, pour ne pas employer un barbarisme qui se représenterait trop de fois, il sera dorénavant remplacé par l'équivalent *Dame-infirmière*.

A côté de ces règles générales, revenant chaque année, l'almanach traitera, au point de vue médical, des devoirs des dames-infirmières dans les maladies particulières. Le présent almanach s'occupe, d'une façon très complète, des soins à donner aux malades atteints du typhus.

Des articles viendront plus tard qui contiendront : Soins dans les accouchements, la fièvre puerpérale, soins aux petits enfants, soins dans la scarlatine, la rougeole, la diphthérie, l'hydropisie, soins aux accouchées, soins dans les maladies inflammatoires, soins aux aliénés, aux phthisiques, aux cancéreux, etc. Il s'occupera également de l'importante question de l'alimentation des malades.

L'almanach n'est pas exclusivement destiné aux dames-infirmières ; il doit aussi contribuer à répandre dans les diverses couches de la population la connaissance des points fondamentaux des soins médicaux. On sait quelle ignorance déplorable de ces soins règne dans beaucoup de familles, et non des plus pauvres. Combien peu de mères, quand un de leurs enfants, quand leur mari tombe malade, sont en état de prendre les premières mesures utiles. Bien souvent, grâce à des soins opportuns, rationnels, on eût pu éviter une grave maladie, et même conserver quelque chère existence.

L'almanach doit avant tout concourir à l'extension du mouvement qui s'est produit et qui fait le plus grand honneur au monde féminin allemand.

Gout, and its relations to diseases of the liver and kidneys (**La goutte et ses relations morbides avec le foie et les reins**) ; par le Dr Robson Roose (Londres, 1885. Lewis, éditeur,)

Après quelques considérations générales sur la goutte et sur sa nature, l'auteur étudie les localisations obarticulaires de la goutte. La dyspepsie goutteuse, les métastases nerveuses et cardiaques, la névralgie goutteuse, les manifestations cutanées sont rapidement indiquées. Un chapitre important est réservé aux troubles morbides du foie et des reins en relation avec la goutte ; c'est la congestion hépatique, l'ictère catarrhal, voire la cirrhose qui figurent au nombre des localisations hépatiques de la goutte ; pour le rein, c'est l'albuminurie, c'est la néphrite goutteuse avec ou sans infarctus uratique (Gouty Kidney), la gravelle, etc. Ce petit livre se termine par un court chapitre sur le traitement de la diathèse goutteuse.

A practical treatise on diseases of the kidneys (**Traité pratique des maladies des reins**) ; par le Dr Charles-Henry Kalf (Londres, 1885. — Lewis, éditeur).

L'auteur, connu déjà par des recherches urologiques, nous donne aujourd'hui dans un format élégant et commode, le résumé des notions devenues classiques sur la pathologie rénale. C'est un manuel pratique qui n'a pas la prétention de lancer des idées nouvelles, des recherches originales ; il s'adresse surtout aux étudiants et aux praticiens qui n'ont pas le temps de recourir aux traités plus compendieux ou aux monographies. Cependant, malgré le titre de traité pratique inscrit en tête du volume, nous ferons à M. Kalf le reproche d'avoir ignoré, et par conséquent oublié dans ses citations bibliographiques la monographie très importante publiée en France, en 1884, sur la pathologie rénale par deux hommes dont la haute compétence en la matière ne peut être récusée. MM. Cornil et Brault.

J. C.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris (1).

26 janvier 1629. — *Vin pour les malades : Murmures des Religieuses.* — Cedict jour, sur ce que Monsieur Perrot a faict entendre à la Compagnie que quelques religieuses avoient murmuré sur l'augmentation qui avoit este faicte des dix paintes de

(1) Tous ces documents ont été recueillis dans les Registres des Délibérations de l'Hotel-Dieu de Paris aux archives de l'Assistance publique.

vin pour le service des mallades, disant que la dicte augmentation ne pouvoit suffire avec l'ordinaire pour le soupper et disner des mallades. Surquoy ladicte compagnie ayant mandé la prieure et soubz prieure pour venir au bureau, lesquelles veneues, einq auroit dit qu'elles tinssent la main et prinssent garde aux relligieuses et filles, qu'elles exécutassent promptement les ordonnances du Bureau sans aulcun murmure à l'advenir et que lesdicts dix paintes de vin accordées pour servir aux mallades avec l'ordinaire doibvent servir pour le disner et soupper selon l'avis de la Compagnie (*Reg.* 14, p. 329.)

23 octobre 1654. — *Règlement pour la réduction des religieuses :* M. de Gomont a rapporté qu'il eut l'honneur hier de veoir Monseigneur le premier prezident lequel luy dict qu'il y avoit quelque temps qu'il avoit donné advis à Monsieur le Doyen de Notre-Dame de la délibération du Bureau touchant la réduction des religieuses au nombre de six vingt. Surquoy il a esté arresté que suivant ladicte délibération il en avoit pareillement donné advis par le Bureau auxdites religieuses. A l'instant, la mère prieure ayant esté mandée, elle veneue avec la mère de l'apotiquairerie, la Compagnie a dit qu'elle avoit arresté que le nombre des religieuses seroit réduit à six vingt et qu'il n'en seroit plus receu que cette réduction n'eust été faite. De quoy ladicte mère prieure est demeurée d'accord mais supplie la Compagnie qu'on permet aux relligieuses d'en demander l'augmentation et en remonstrer la nécessité quand le cas y escheroit. A quoi luy a esté respondu que dans les conjonctures il y seroit pourveu par la Compagnie s'il en estoit besoin. (*Reg.* 22, p. 83.)

1654. — Le *Règlement* précédent ne satisfaisait point les religieuses. Elles reviennent à la charge le 25 décembre 1654.

Du mercredi 23 décembre 1654 assistans : Monseigneur le premier président à la Cour du Parlement, Messieurs Delahaye, Cramoisy, Robineau, Perrichon, Lecomte, Forne, Lhoste, De Gomont et Perreau, administrateurs.— Cedict jour, les mères prieure et sous-prieure sont veneues au Bureau et dict à la Compagnie que depuis qu'il a esté arresté qu'il ne sera plus receu de religieuses que le nombre ne soit réduit à six vingtz, aucunes sont sorties et d'autres décédées, en sorte qu'il n'y en a maintenant que cent dixneuf, suivant le mémoire qu'elles en ont faict et qu'elles ont donné à Monsieur Cramoisy, qu'elles prient la Compagnie de recevoir une fille qui postule depuis quelque temps, laquelle est de mérite et de vertu et qui leur a esté particulièrement recommandée par Monsieur Desroches, et que cette fille remplira le nombre des six vingtz qui est ordonné par le Bureau. Elles ont ajouté *qu'elles supplient la Compagnie d'augmenter ce nombre*, parce que depuis qu'il a esté ordonné, le nombre des salles est augmenté, que d'ailleurs il y a beaucoup de religieuzes à présent mallades, entre autres aucunes jusques à dix-huict ou vingt dont on ne peut jamais ou très peu espérer de services, les unes à cause de leur aage et les autres à cause de leurs incommoditez, presque incurables. Lesdites mères prieure et soulz-prieure s'estant retirées, l'affaire mise en délibération, il a esté arresté que pour témoigner à Monsieur Desroches les sentiments de recognoissance que le Bureau a envers luy, la fille qui a esté recommandée de sa part sera receue *sans néantmoins tirer à conséquence*. Que pour cognoistre si le nombre des religieuses est maintenant réduit à six vingtz, Messieurs Cramoisy et de Gomont sont commis pour examiner plus particulièrement avec la mère prieure ce mémoire qui a esté par elle baillé Que les délibérations precédentes *seront exécutées et que quant à présent le nombre de six vingtz ne sera point augmenté*, sauf à y être cy après, pourveu par le Bureau en cas de besoing.

Lesdictes mères prieure et sous-prieure mandées sont rentrées au Bureau et Monseigneur le premier prézident leur a dict qu'elles pouvoient faire venir la fille pour estre receue ; elles retirées en un endroit du Bureau durant le temps qu'elles en avoient faict donner advis à l'Hostel-Dieu, incontinent après la mère Lallemand de Saint-François, mère des novices, seroit veneue au Bureau accompagnée de quelques religieuses de l'Hostel-Dieu et de ladicte fille et toutes assemblées au bout du Bureau.

Monseigneur le premier Président a demandé à ladicte fille si elle n'avoit point père et mère ou d'autres parents, veu qu'il n'y avoit personne qui l'assistoit, s'il y avoit longtemps qu'elle postuloit, si elle étoit bien résolue à servir les pauvres, si elle en prévoioit bien les difficultéz et si elle pouvoit non seullement adsister les malades dans l'Hostel Dieu, mais aussy les pestiferez aux hospitaux de Saint-Louis et de Sainte-Anne.

A quoy elle a respondu qu'elle avoit père et mère. Que ny l'un ni l'autre ne vouloient point consentir à sa vocation, qu'elle a ce dessein, qu'il y a trois mois et plus qu'elle postule. Que son père y consent depuis quelque temps, CE QUI A ESTÉ CERTIFIÉ PAR AUCUNS DE MESSIEURS !... Elle a dict plus qu'à présent sa mère y a donné aussy son consentement, qu'elle est entièrement résolue de servir les pauvres et mesmes durant le temps de la contagion et a promis de satisfaire à tout ce qui lui seroit ordonné. Son extrait baptistaire a esté donné qui porte...... (1).

Monseigneur le premier président a dict ensuite aux mères prieure et soulz-prieure et à la mère Lallemand que le Bureau avoit arresté de recevoir ladicte fille, à cause de la recommandation de Monsieur Desroches et sans tirer à conséquence, qu'il n'avoit esté satisffait de leur part aux précédentes délibérations, *qu'elles n'avoient point déclaré les noms des religieuses* qui estaient sorties ou décédées. Que Messieurs Cramoisy et de Gomont examineraient avec elles le mémoire qu'elles avoient baillé, que quant à présent on ne pouvoit augmenter le nombre de six vingtz et qu'en cas de besoing, il y seroit pourveu. (*Reg.* 22, p. 91.)

M. A. Després et la laïcisation des hôpitaux.

M. le Dr Arm. Després, conseiller municipal, chirurgien de la Charité, avait convoqué le 16 janvier à la salle des Mille-Colonnes, les électeurs des 6e, 14e et 15e arrondissements pour les entretenir de cette question. Bien que, dans la plupart des quartiers de Paris, les réunions publiques et les comités n'aient cessé de réclamer cette réforme et de les inscrire sur les programmes, M. Després n'en soutenait pas moins que les électeurs républicains ne l'avaient pas réclamée et qu'ils y étaient même hostiles. M. A. Després doit être maintenant éclairé. En effet, d'après le *Temps*, la réunion s'est terminée par le vote d'un ordre du jour « *réclamant la laïcisation complète de tous les services hospitaliers* et le renvoi des administrateurs cléricaux ».

Incisives Supérieures (2).

Quoique parfaitement inégales comme grosseur de couronne, la même méthode d'extraction peut parfaitement être employée pour les incisives supérieures, tant *centrales* que *latérales*. Un seul instrument est nécessaire pour cette opération. C'est le davier droit, représenté figure 7.

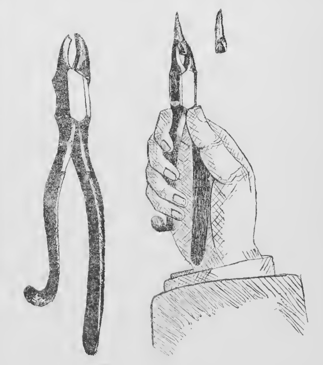


Fig. 7. *Fig.* 8.

Les *Incisives centrales supérieures* ont la couronne presque aussi large que haute, bien que la hauteur l'emporte. Cette couronne aplatie d'avant en arrière, ressemble assez à une pelle.

La couronne des *Incisives latérales* est bien plus étroite, plus ronde, plus faible, la racine toujours un peu plus courte.

Le diamètre *bilatéral* ou de la face *mésiale* à la face *distale*, est de dix à dix et demi millimètres. Le diamètre antéro-*postérieur* varie entre 8 et 9. La *hauteur* est d'environ 10 millimètres pour les *Centrales*.

Pour les latérales, les diamètres *bilatéral* et antéro-*postérieur* sont variables entre 7 et 8 millimètres, la hauteur est de 9 millimètres.

(1) Nous n'avons pu trouver cet extrait baptistaire qui est assurément brûlé.

(2) Voir *Progrès médical*, no 2, 9 janvier 1886, p. 31.

Les racines ont 13 millimètres chez les *centrales*, et 12 chez les *latérales*.

La couronne de ces dents est *cunéiforme*, la face externe est convexe, l'interne concave, les faces latérales triangulaires, le bord libre taillé en biseau aux dépens de la face supérieure.

La racine des incisives est en général unique, rarement bifide, de forme conique, aplatie transversalement et le bord qui répond à l'extérieur est un peu plus épais que celui qui regarde à l'intérieur. La racine se trouve au niveau du *collet* bornée par une courbe parabolique en avant et une autre en arrière, se réunissant sur les côtés de la dent. Cette forme particulière est très importante pour l'opérateur, car cette disposition cachée ordinairement par la gencive est un point de repère pour l'application du davier. C'est derrière ces courbes en effet, que l'extrémité des mors doit venir prendre leur point d'appui fixe.

Les mors du davier doivent être assez aigus pour s'introduire sous la gencive, assez larges pour embrasser presque complètement le collet de la dent, et assez écartés pour ne pas écraser la couronne en les rapprochant. Si les mors n'étaient suffisamment larges, il est presque certain que, par la pression, l'on parviendrait à briser la dent.

L'on ne peut, comme dit Tomes, mieux comparer la racine des incisives qu'à un tube creux en métal qui résiste à une pression également répartie sur toute sa circonférence, et qui crève si la pression n'est que localisée.

Si donc on veut procéder à l'avulsion d'une incisive, on prend le davier à pleines mains, la branche femelle dans la paume de la main et les doigts recourbés sur la branche mâle qui porte le crochet, le pouce entre les deux branches pour tenir les mors largement écartés. Puis, se guidant sur la couronne on introduit les mors sous la gencive, au niveau de laquelle on fait quelques mouvements de rotation afin de l'écarter, tout en poussant le davier en haut. La gencive ainsi éloignée ne gênera plus. Les deux mors s'appliqueront alors facilement sur le collet derrière les courbes paraboliques. A ce moment l'opérateur fera pression sur les branches du davier, ce qui permettra aux mors de se fixer solidement, puis par des mouvements de rotation de gauche à droite et *vice versa* détache par rotation les moyens d'union de la dent de l'alvéole, et la tire dans la direction de son axe d'implantation (figure 8.)

Tant que l'incisive présente une couronne presque entière, ou des débris encore suffisants pour guider l'opérateur dans l'application de son forceps, rien de mieux, mais il n'en est pas toujours ainsi. Il arrive souvent dans la pratique, que l'on a affaire à une racine d'incisive en partie creusée par la carie, et n'offrant plus que ses parois minces et très adhérentes à l'alvéole. La cavité est ordinairement de forme conique. L'emploi du davier dans ces circonstances, n'est pas que d'être inopportun. Si, en effet l'on s'en sert comme il est dit plus haut, les parois du cône, trop faibles pour résister se briseront. L'on a bien essayé pour faire usage du davier, de remplir le cône avec des ciments, des cônes de bois ou de guttapercha, et donner ainsi du corps à la racine. Ces tentatives ne furent pas suivies de succès. La fracture n'était point évitée, et l'opération se compliquait d'autant.

Fig. 8.

Selon nous, et nous parlons par expérience, il est préférable d'avoir recours à l'*élévateur* [illegible]

Thèses récompensées.

1° *Médailles d'argent* : M. Dumas (P.-C.). [illegible] — M. Legard. [illegible] — M. [illegible] de la femme en chirurgie (opération d'Hegar) et de Battey. — M. Walther. Recherches anatomiques sur les veines du rachis. — M. Wassermann. De la peptonurie et de la physiologie des peptones.

2° *Médailles de bronze* : M. Babinski. Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. — M. Bermont. Contribution à l'étude des signes physiques des anévrysmes artériels et particulièrement des anévrysmes intra-thoraciques. — M. Bernard. De l'aphasie et de ses diverses formes. — M. Bonnaire. Broiement de la tête du fœtus. — M. Bougier. Peut-on diagnostiquer la mort par submersion. — M. Chavy. De l'acide fluorhydrique et de son emploi en thérapeutique. — M. Darier. De la broncho-pneumonie dans la diphthérie. — M. Doyen (V.-E.). Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. — Fournel. L'hôpital Beaujon. — M. Gautrez. De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. — M. Gervais. Histoire de l'hôpital Necker. — M. Hulin. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde, suivie de quelques notes de physiologie expérimentale. — M. Juranville. Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action sommifère d'un glucoside de Boldo. — Mac-Mahon (de). De l'érythème polymorphe. — M. Richardière. Étude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance. — M. Rouillard. Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique. — M. Suchard. Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux. — M. Tapie. De la polydactylie. — M. Valude. Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. — M. Viron. Contribution à l'étude physiologique et toxicologique de quelques préparations chromées.

Mentions honorables : M. Arduin. Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. — M. Artaud. Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (Bacille de la fièvre typhoïde). — M. Barbe. De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — M. Bartulia. De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — M. Bernard (L. M.). De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples considérées chez l'adulte. — M. Boulils. Paludisme et puerpéralité. — M. Chyshedinsky. Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux. — M. Cohen. De la gastrotomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — M. Collin. Étude médicale sur les eaux thermo-sulfureuses sodiques et arsenicales. — M. Cormack. Du traitement de l'emphysème chronique par l'opération d'Estlander. — M. Delon. Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes. — M. Deschamps. Contribution à l'étude du choléra endémique en Cochinchine. — M. Duchesne. Contribution à l'étude des [illegible]. — M. Durand. Essai sur l'action comparée des médicaments cardiaques (Digitale, caféine, convallaria). — M. Duran. De la taille biliaire. — M. Fradet. Du rhumatisme secondaire dysentérique. — M. Fouchard. Du gliome de la rétine. — M. Gosset Desbonchamps. Étude expérimentale sur les effets physiologiques du guarana et de la guaranine. — Hollenfeltz. Des lésions rachitiques du thorax et de leur influence sur les maladies du cœur. — M. Inglessis. Le rein dans ses rapports avec le diabète. — M. Jean. Étude clinique sur les aliénés dangereux dits criminels. — M. Lainy. De l'avancement capsulaire. — M. Lebreton. Étude sur la congestion pulmonaire du rhumatisme et de l'arthritisme. — M. Ménard. Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux. — M. Monnet. De la [illegible] et thérapeutique. — M. Montagne. Contribution à l'étude de l'alimentation envisagée au point de vue physiologique en particulier à l'hôpital et dans les établissements [illegible] de la ville du Havre. — M. [illegible] — M. Ferrand. [illegible] — M. [illegible] des glandes salivaires. — M. [illegible] chez les enfants. — M. Prieur. La fièvre typhoïde à Saint-Denis (Seine) de [illegible]. — M. Picard. De la pleurésie de [illegible]. M. [illegible]

[illegible]

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 30 DÉCEMBRE 1885, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	17	3	30
2e	19	23	3	45
3e	27	37	11	75
4e	27	48	15	90
5e	27	33	[illegible]	69
6e	9	21	3	33
7e	17	31	3	51
8e	9	6	3	18
9e	12	19	2	3[illegible]
10	30	4[illegible]	8	79
11e	53	98	30	181
12e	23	36	18	77
13e	35	81	16	13[illegible]
14e	29	41	14	8[illegible]
15e	45	6[illegible]	18	128
16e	15	13	6	34
17e	38	71	16	12[illegible]
18e	40	83	19	142
19e	39	[illegible]	9	107
20e	50	88	26	164
	554	914	232	1700

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	115	Affect. cérébrales, paralysies. . . .	66
Croup	45	Éclampsie Convuls.	57
Coqueluche. . . .	4	Névralgies	43
Corps étranger de l'œsophage. . .	»	Névroses	78
Otite.	1	Épilepsie.	24
		Aliénation mentale	9
B		Alcoolisme. Delirium tremens. .	24
Asthme	44	Catalepsie	2
Affections du cœur.	54	Rage.	1
Bronchites aiguës et chroniques. . .	85	**F**	
Pleuro-pneumonie.	41	Rhumatisme . . .	20
Congestion pulmonaire	[illegible]8	Affections éruptives	36
		Fièvre intermitt. .	3
C		Fièvre typhoïde. .	3
Affections et troubles gastro-intestinaux	108	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	84
Cholérine	27	**G**	
Dysenterie . . .	2	Plaies. Contusions.	84
Atrepsie.	16	Fractures. Luxations. Entorses .	29
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	57	Brûlures	5
Hernie étranglée .	25	Empoisonnements	8
Rétention d'urine .	16	Asphyxie par le charbon	8
Orchite	3	— submersion.	4
Chute du rectum .	1		1
D		Suicide	4
Métrite. Métro-péritonite	34	**H**	
Métrorrhagie . . .	44	Mort à l'arrivée du médecin	48
Fausse-couche .	51		
Accouc. Délivrance	221		
Accouc. non term .	34	Total. . . .	1700

La moyenne des visites par nuit est de 18 47/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 28 30/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 54 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1884 . .		2.604
— —	1885.. .	1.700
Différence en moins .		904

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1885.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans	Total.
1er Trimestre. . .	670	1.073	345	2.088
2e Trimestre. . .	[illegible]	916	298	1.7[illegible]9
[illegible]e Trimestre. .	[illegible]27	[illegible]2	288	1.907
[illegible]e Trimestre. .	554	914	232	1.700
	2.441	3.8[illegible]	1.158	7.494

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.5[illegible]1 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.[illegible]82 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année, 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, [illegible].895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année, 7.494 visites de nuit.

Le service est assuré par 608 médecins et 3[illegible]6 sages-femmes. Il fonctionne de 10 h. du soir à 7 h. du matin, depuis le 1er octobre jusqu'au 31 mars et de 11 h. du soir à 6 h. du matin depuis le 1er avril jusqu'au 30 septembre.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 25. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. [illegible] Duval, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. [illegible] Lordereau. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. [illegible], Lannelongue, Terrillon.

MARDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Le Fort, Mathias Duval, Campenon. — [illegible] *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Jaccoud, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. [illegible], Duplay, Charpentier. — 3e Officiat de [illegible] (Charité) : MM. Cornil, Panas, Trousier.

MERCREDI 27. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, [illegible]bard. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Le Dentu, Second.

JEUDI 28. — Méd. opér. (Épreuve pratique) : MM. Richet, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Richelot. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Vulpian, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hallopeau.

VENDREDI 29. — Dissect. (Épreuve pratique) : MM. Bé[illegible]d, Guyon, Reclus. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Tarnier, Lan[illegible], Kirmisson.

SAMEDI 30. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Debove. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Brouardel, [illegible], Hallopeau. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Bouilly. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Ball, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 28. — M. Chevassus. Considérations sur l'influence de l'alcool chez les arthritiques. — M. Krohn. De l'arthritisme. — [illegible] sont-ils d'origine arthritique. — *Vendredi* 29. — M. [illegible]-Latouche. Étude critique sur les ruptures du périnée et leur traitement (suture immédiate). — M. Grassin. Contribution à l'étude de la cowpérite et de la péricowpérite aiguës. — *Samedi* 30. — M. N[illegible]. Chylurie intertropicale. — M. Carron de la Carrière. De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 janvier 1885 au samedi 16 janvier 1886, les naissances ont [illegible] au nombre de 1040 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 3[illegible]; illégitimes, 170. Total [illegible]. — *Sexe féminin* : légitimes, 330 ; illégitimes, 180. Total 510.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, [illegible] habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 janvier 1886 au samedi 16 janvier 1886, les décès ont été au nombre de 11[illegible], savoir : [illegible]87 hommes et 551 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 14, T. 21. Variole : M. 8, [illegible] 12. — Rougeole : [illegible] 15, F. 10, T. 25. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 6, F. 1, T. 7. — Diphthérie, Croup : [illegible] 17, T. 32. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Érysipèle : M. 2, F. 2, T. 4. — Infections puerpérales : 9. — Autres affections épidémiques : M. [illegible], F. [illegible], T. [illegible]. — Méningite tuberculeuse et aiguë, M. 28, F. 19, T. 47. — Phthisie pulmonaire : M. 95, F. 81, T. 176. — [illegible] M. 20, F. 9, T. 29. — Autres affections générales : M. 27, F. 47, T. 74. — [illegible] : M. [illegible], F. 37, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 27, F. 21, T. 48. — Pneumonie : M. 63, F. 71, T. 134. — Athrepsie : M. 20, F. 13, T. 33. — Autres maladies des divers appareils : M. 1[illegible]4, F. 176, T. [illegible]70. — [illegible] — Morts violentes : M. 17, F. 5, T. 22. — [illegible] : M. 8, F. 3, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 104 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 17. Total : 53. — *Sexe féminin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 18. Total : 51.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Les épreuves orales [illegible] dans l'ordre suivant : MM. Lemoine, de [illegible] dans les [illegible]. — Letulle, de la compression de la [illegible]. — Brault, de l'hyperesthésie. — Dejerine, des endocardites infectieuses. — Rendu, de l'hydropisie d'origine rénale.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — MM. [illegible] et [illegible] sont définitivement nommés [illegible] de la [illegible] Bicêtre.

[illegible] — [illegible] — C'est demain que M. le Dr [illegible] de [illegible] à l'Institution nationale [illegible], le dimanche 24 janvier 1886, à 2 h. 1/2 très précises. Présentation par M. [illegible].

Assistance publique. — *Distribution des prix* aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des élèves nommés internes et externes a la suite des concours ouverts en 1885, pour entrer en fonctions le 1er février 1886. La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1885, aura lieu le mercredi 27 janvier 1886, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance, aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1885. — *Avis essentiel :* MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1886 En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : A MM. les élèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le samedi 23 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3; de 1re année, à MM. les internes provisoires, le lundi 25, à 2 heures; — à MM. les élèves externes : de 2e et de 3e année, le mardi 26 janvier, à deux heures; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 28 janvier, à dix heures et demie; deuxième moitié de la liste, le même jour, à deux heures et demie.

Asile d'aliénés de Saint-Alban. — M. le Dr Camuset, médecin-adjoint de l'Asile d'Aliénés de Vaucluse, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Alban.

Association scientifique de France. — *Conférences scientifiques et littéraires* (année 1886). — Les conférences scientifiques et littéraires de notre Association fusionnée avec l'Association française pour l'avancement des Sciences auront lieu, comme depuis l'année 1878, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, les samedis à 8 h. 30 m. du soir. Elles commenceront le samedi 23 janvier et se termineront le samedi 17 avril.

Samedi 23 janvier : M FAYE, membre de l'Institut : *Sur la persistance de la figure mathématique de la Terre à travers tous les âges géologiques.* — Samedi 30 janvier: M. Salomon REINACH : *L'archéologie à Carthage* — Samedi 6 février : M. FOUQUÉ, membre de l'Institut, professeur au Collège de France : *Les tremblements de terre en Andalousie.* — Samedi 13 février : M. LÉGER, professeur au Collège de France : *La Bulgarie, son origine, son histoire, sa renaissance au* XIXe *siècle.* — Samedi 20 février : M. PELLAT, maître de conférences à la Faculté des Sciences : *Machines électriques anciennes et actuelles.* — Samedi 27 février : M. Michel BRÉAL, membre de l'Institut : *Comment doit-on apprendre les langues étrangères ?.* — Samedi 6 mars: M. WOLF, membre de l'Institut : *Le rôle des grands instruments en Astronomie.* — Samedi 13 mars : M. Félix HÉMENT, inspecteur général de l'Instruction primaire : *Le sol de Paris et de la France au point de vue de l'unité du pays ; son rôle dans la civilisation.* — Samedi 20 mars : M. le Dr OUSTALET, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle : *Les oiseaux voyageurs.* — Samedi 27 mars : M. SCHRADER, membre de la Commission centrale de la Société de Géographie : *La race française au Canada.* — Samedi 3 avril : M. Armand GAUTIER, professeur à la Faculté de Médecine : *L'air, ses impuretés et ses contages.* — Samedi 10 avril : M. le Dr REGNARD, professeur à l'Institut national agronomique, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie à la Faculté des Sciences : *Le délire des grandeurs.* — Samedi 17 avril: M. BOUQUET DE LA GRYE, membre de l'Institut : *Les mouvements généraux du sol.*

Nous rappellerons à Messieurs les Sociétaires que les Cartes, dont la présentation est nécessaire pour entrer dans l'amphithéatre, sont délivrées par M. Cottin, au Secrétariat de la Faculté des Sciences, à la Sorbonne, escalier n° 3. Ce bureau est ouvert tous les jours de 1 h. à 4 h. Les Membres perpétuels qui en feront la demande pourront avoir des places numérotées qui leur seront réservées, mais dont on disposera dix minutes avant l'ouverture de la seance si elles ne sont pas occupées. — Les personnes qui désirent faire partie de l'Association et avoir à ce titre leur entrée aux conférences devront en faire la demande au Secrétariat de l'Association française pour l'avancement des Sciences, 4, rue Antoine-Dubois, ou s'adresser au Secretariat de l'Association scientifique, à la Sorbonne.

Avis à MM. les Membres de l'Association française pour l'avancement des Sciences. — Les Membres de l'Association française pour l'avancement des Sciences, fusionnée avec l'Association scientifique de France, sont invités à assister à ces conférences et pourront, à cet effet, retirer leur carte d'entrée au Secrétariat de l'Association française, 4, rue Antoine-Dubois. — Ils pourront également la retirer au Bureau de l'Association scientifique, Secrétariat de la Faculté des Sciences, escalier n° 3, à la Sorbonne, de 1 h. à 4 h.

Monument de Bouley, — *Société centrale de médecine vétérinaire.* — *Souscription publique pour élever un monument à la mémoire de M. Henri Bouley.* — A la nouvelle de la mort de M. Henri BOULEY, la Société de médecine vétérinaire de la Gironde a, la première, émis « le vœu qu'un monument fût « élevé à sa mémoire par l'initiative de la Société centrale, comme « expression des sentiments de reconnaissance et de respectueuse « vénération que tous les vétérinaires de France seront heureux de « manifester en faveur du grand Maître qui honora si dignement. « toute sa vie, la profession de vétérinaire. » Dès sa première réunion, la Société centrale a été unanime pour nommer une Commission chargée de l'exécution. Cette Commission a décidé : 1° Que par ses soins un monument serait élevé à la mémoire de M. BOULEY, 2° Que ce monument serait placé à l'Ecole d'Alfort, où s'est écoulée la plus grande partie de sa vie scientifique et professionnelle ; 3° Qu'il serait fait appel, par voie de souscription, à tous les Vétérinaires de la France et de l'Etranger, au corps médical, à toutes les Compagnies savantes auxquelles M. BOULEY a appartenu, à tous les amis de la science et à tous les amis particuliers, nombreux, du savant à jamais regretté, pour participer à cette souscription, à laquelle la Société de la Gironde s'était déjà inscrite pour une somme de *deux cents francs.* — La souscription est ouverte à la Librairie ASSELIN et HOUZEAU, éditeurs du *Recueil de Médecine Vétérinaire* dont M. BOULEY a été pendant cinquante ans le rédacteur en chef, place de l'Ecole de Médecine, à Paris. Cette souscription sera close après un délai de 3 mois.

Nouveaux journaux. - Nous recevons le premier numéro de la « *Gaceta del Hospital militar* », revue mensuelle paraissant à Guadalajara (Mexique) et de « *El observador medico* », revue également mensuelle, publiée à Mexico par l'Association médicale « *Pedro Escobedo* ». — Nous recevons le premier numéro de « *La Medicina Castellana* », revue bimensuelle de médecine, dirigée par le professeur Arturo de Redondo et paraissant à Valladolid.

Nécrologie. — On annonce la mort du Dr GANNE, député républicain des Deux-Sèvres maire de Parthenay, décédé dimanche à Versailles à la suite d'une longue maladie. M. Ganne, né à Secondigny (Deux-Sèvres), le 26 février 1815, avait été reçu docteur en 1837. Il devint maire de Parthenay et conseiller général pour le canton de Secondigny. Il échoua comme candidat républicain à la députation le 20 février 1876. Il fut élu le 14 octobre 1877 et prit place au centre gauche. Il fut réélu le 20 août 1881 et au 4 octobre 1885.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

BARATOUX. — **Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales.** Brochure in-8 de 4 pages. — Prix : 25 c. — Pour nos abonnes : 20 c.

FARABEUF. — **Arrêt d'évolution de l'intestin.** Brochure in-8 de 7 pages, avec 8 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés : 35 c.

MARANDON DE MONTYEL. — **Des incendies multiples à mobiles futiles, au point de vue médico-légal,** Brochure in-8 de 30 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés : 70 c.

POPOFF (P.). — **Contribution à l'étude des fausses scléroses systématiques de la moelle épinière.** Brochure in-8 de 29 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés : 50 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulev. Saint-Germain

PISANI (F.). — Traité pratique d'analyse chimique, qualitative et quantitative, à l'usage des laboratoires de chimie. Volume in-18 de 387 pages. — Prix : 3 fr. 50.

WUNDT. — Eléments de psychologie physiologique. Traduits de l'allemand sur la 2e édition par le Dr E. ROUVIER. Précédés d'une préface par Nolen. Tome premier. Volume in-8 de 571 pages, avec 180 figures. — Prix des 2 volumes : 20 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

JACCOUD (S.). — Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Pitié (1884-85). Volume in-8 de 731 pages, avec 36 figures. — Prix : 15 fr.

LANCEREAUX (L.). — Traité d'anatomie pathologique. — Tome III, 1re partie. — Anatomie pathologique spéciale ; — Anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur ; — Anatomie pathologique des appareils, appareil de l'innervation. Volume in-8° de 519 pages, avec 531 figures. — Prix de l'ouvrage complet par souscription : 20 fr.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 5. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 JANVIER 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme ;

Leçon recueillie par M. le Dr MARIE, chef de clinique de la Faculté.

Messieurs,

La leçon d'aujourd'hui sera consacrée à vous démontrer que cet homme vigoureux placé devant vous est un hystérique, que l'affection douloureuse de la hanche dont il se plaint depuis près de trois ans,—affection survenue à la suite d'un traumatisme et qui le met depuis cette époque dans l'impossibilité d'exercer sa profession,—relève de l'hystérie, et que par conséquent il s'agit là d'une maladie *sine materia* pouvant guérir, et non d'une maladie organique grave de la jointure entraînant après elle, à peu près nécessairement, une infirmité incurable.

A l'énoncé de cette thèse que je compte soutenir et que ne rend guère vraisemblable, je l'avoue, l'apparence du malade si éloignée du type encore aujourd'hui classique des hystériques, quelques-uns d'entre vous, les nouveaux venus, penseront peut-être qu'il s'agit là d'une gageure imprudente ou bien encore d'une opinion paradoxale que j'émets pour me donner la vaine satisfaction de faire montre de ressources dialectiques. Mais je suis convaincu que d'autres auditeurs, ceux qui m'ont fait l'honneur de suivre mes leçons du dernier semestre, se montreront plus réservés ; avant de juger, ils attendront avec confiance, je l'espère, la fin de la démonstration. C'est qu'en effet ceux-là savent que l'hystérie peut exister, chez l'homme adulte même vigoureux, chez l'artisan non énervé par la culture intellectuelle ; ils savent aussi qu'elle peut se révéler tout d'abord sous la forme d'une affection purement locale en apparence, telle que, par exemple, la paralysie ou la contracture d'un membre.

Chez le malade que je vous présente aujourd'hui, il ne s'agit à la vérité ni de paralysie ni de contracture, mais bien — c'est du moins l'avis que je vais essayer de faire prévaloir — de l'affection pour la première fois décrite par Brodie, en 1837, sous le nom d'*affection hystérique des jointures* (1).

C'est une affection assez peu connue encore, je le crois, bien qu'à la suite de Brodie elle ait été l'objet de travaux importants en Angleterre d'abord (2), ensuite en France (1) ; puis enfin en Allemagne (2) et en Italie (3).

Je crois utile, en matière d'introduction, et pour rendre notre analyse clinique plus facile, de vous rappeler au préalable très sommairement les grands traits de la description magistrale de Brodie, l'initiateur dans la matière. — Les auteurs subséquents ont pu ajouter à cette description quelques détails intéressants, ils n'y ont, à ce qu'il me semble, rien changé d'essentiel.

Donc il s'agit là, selon Brodie, d'une affection douloureuse, d'une névralgie, d'une hyperesthésie, si vous voulez, des extrémités des nerfs articulaires, qui peut siéger sur diverses jointures et simuler, jusqu'à rendre des plus ardus le diagnostic d'une lésion organique grave de l'articulation. C'est surtout quand elle siège à la hanche que le diagnostic de cette affection est difficile ; une coxalgie non organique peut être prise pour une coxalgie organique grave, scrofuleuse ou autre, ou inversement. L'absence de lésions matérielles dans le premier cas est cependant suffisamment démontrée : 1° par la marche de la maladie, qui se termine par une guérison complète et souvent assez rapide ; 2° par un certain nombre d'autopsies. Oui, bien que cela puisse vous surprendre dans une affection que j'annonce aussi bénigne, il en existe un certain nombre, mais ce sont le plus ordinairement des autopsies faites sur le vif, de véritables *biopsies*. — C'est qu'en effet, par suite d'une singulière tournure d'esprit, les malades atteints de cette affection réclament parfois à grands cris une intervention active ; aussi comprendrez-vous aisément que lorsque ces malades atteints de *mania operativa passiva*, comme l'a dit Textor, se sont, pour leur malheur, trouvés en présence de chirurgiens affectés d'une manie analogue, mais active cette fois, *mania operativa activa* (de Stromeyer), les opérations les plus fantastiques soient résultées de cet imprudent conflit. Des amputations ont été pratiquées, Brodie en cite plusieurs exemples, Coulson également ; celui rapporté par ce dernier auteur est particulièrement intéressant : il s'agissait d'une jeune fille souffrant depuis trois ans d'une affection du genou ; la jambe restait fléchie sur la cuisse, les douleurs étaient insupportables ; quelques chirurgiens s'étaient refusés à toute intervention ; enfin, il s'en trouva un qui consentit à opérer ; l'amputation fut faite, et l'examen du genou montra une articulation normale, avec une synoviale parfaitement saine, présentant la délicatesse et la transparence de l'état physiologique ; les os étaient seulement légers, peu résistants à la scie, les cartilages un peu amincis, ainsi que

(1) Sir B.-C. Brodie. — *Lectures illustrative of certain local nervous affections*. London, 1837. Lect. II. *Various forms of local hysterical affections*, p. 35 et seq. Les leçons de Brodie, sur les affections nerveuses locales, ont été traduites en français, par le Dr Aigre (Librairie du *Progrès médical*, 1880).

(2) W. Coulson. — *Hysterical affections of the hip joint. London Journal of medecine*, t. III, 1851, p. 631. — Barwell. *A Treatise on Diseases of the joints*. 1re édit, 1861, 2e édit., 1881. — *On hysteric pseudo-disease or mock disease of the joints*. — F.-C. Skey. *Hysteria... Local or surgical forms of Hysteria, Hysteric affection of joints*, 3e lecture. London, 1867. — Sir Paget. *Leçons de clinique chirurgicale*. — Trad. du Dr L.-H. Petit. 3e leçon, affections neuromimétiques des articulations, p. 274. Paris, 1877. Voir aussi parmi les auteurs américains : S. Weir Mitchell. *Lectures on diseases of the nervous system*. — Philadelphia, 1885, 2e édition, p. 218, *Hysterical joints*.

(1) M.-A.-C. Robert. — *Conférences de clinique chirurgicale*, recueillies par le Dr Doumic. — Chap. XVI, *Coxalgie hystérique*, p. 450. — Verneuil. *Bull. de la Société de chirurgie* de Paris, 1865 1866. — Giraldes : *Leç. sur les mal. chir. des enfants*, p. 610.

(2) F. Esmarch. — *Ueber Gelenkneurosen*. Kiel und Hadersleben, 1872. — O. Berger. *Zur Lehre von den Gelenkneuralgien. Berl. klin. Woch.* 1873, p. 255. — M. Meyer. *Ueber Gelenkneurosen* (*Berl. klin. Woch.*, 1874, p. 310).

(3) Angelo Minich. — *Della coscialgia nervosa*. Venezia, 1873

cela se voit communément sur les membres qui sont restés longtemps immobilisés (1).

Je pourrais vous citer plusieurs autres exemples du même genre, mais je crois en avoir dit assez pour vous montrer qu'il existe des *affections douloureuses des jointures non matérielles* pouvant simuler des affections articulaires à lésions profondes, et conduire ainsi, en faisant errer le diagnostic, aux conséquences les plus graves.

Mais à quels signes pourra-t-on reconnaître ces arthralgies *sine materia*, et les distinguer des arthropathies organiques? — Le diagnostic est particulièrement difficile, surtout quand, ainsi que cela est chez notre malade, il s'agit de la hanche. Voici les principaux caractères cliniques de ces arthralgies signalés par les auteurs, qui, du reste, ainsi que je l'ai déjà dit, n'ont guère fait sur ce point que reproduire la description de Brodie :

1° Le membre inférieur du côté affecté paraît raccourci, par suite de la contracture musculaire qui élève le bassin du côté correspondant.

2° La cuisse est, par rapport au bassin, dans une situation absolument fixe, de telle sorte que tout mouvement imprimé à la cuisse est immédiatement communiqué au bassin; là encore c'est la contracture musculaire qui est en jeu.

Comme vous le savez, Messieurs, ces deux caractères n'ont rien de particulier à l'arthralgie hystérique, car l'un et l'autre sont de règle dans la coxalgie organique, parvenue à ce que l'on appelle quelquefois la troisième période (2). Mais l'étude des caractères qui suivent nous sera sans doute plus utile pour distinguer ces deux affections.

3° La douleur présente des modalités spéciales; à la vérité, comme dans la coxalgie vraie, elle occupe simultanément la hanche et le genou, et présente une exacerbation à la suite de la percussion de la hanche, du genou ou du talon; mais de plus, et c'est là ce que Brodie a très bien montré, elle n'est pas exactement limitée à la jointure elle-même, elle s'étend à la peau qui correspond à la jointure, empiète au-dessus du ligament de Poupart, remonte sur la partie inférieure de l'abdomen et occupe même la fesse. C'est donc pour une part, une douleur superficielle, résidant pour ainsi dire dans la peau, de telle sorte que le pincement de la partie du tégument externe qui recouvre la jointure est quelquefois beaucoup plus douloureux qu'une pression même intense exercée profondément sur cette région. — La nuit, les individus atteints de coxalgie organique sont assez souvent réveillés par des tressaillements douloureux (*starting pains*) du côté de la hanche; ceux atteints de coxalgie hystérique, au contraire, peuvent bien être tenus éveillés par la douleur; mais une fois endormis, ils ne sont pas réveillés par elle.

4° Le mode de développement de l'affection et son mode d'évolution peuvent eux aussi, fournir des caractères très importants : chez les hystériques, elle peut survenir tout à coup et disparaître de même, le plus souvent à la suite d'une impression morale; ou bien encore le sujet a des attaques convulsives, et c'est peut-être à la suite d'une de celles-ci qu'il présente sa coxalgie, etc., etc.

Enfin, Brodie ajoute que sur les parties affectées du membre, la température ne s'élève pas et que, quelle que soit la durée de cette affection, il ne subit aucune espèce d'atrophie, nous verrons tout à l'heure que si la première proposition est exacte, la seconde ne l'est pas toujours absolument.

Il y a là, Messieurs, il ne faut pas se le dissimuler, des nuances bien délicates; aussi, dans les cas difficiles, sera-t-il nécessaire de recourir, ainsi qu'on le conseille depuis tantôt trente ans, à l'emploi du chloroforme qui permettra de constater si oui ou non la jointure est le siège de lésions matérielles; et encore est-il bon de faire remarquer avec M. le professeur Verneuil, que dans les coxalgies organiques récentes l'examen au moyen du chloroforme ne laissera quelquefois soupçonner aucune lésion, et qu'on ne peut, par conséquent, assigner à ce moyen, — au moins dans les périodes dont il s'agit, — une valeur diagnostique absolue.

Vous voyez, Messieurs, qu'en somme le diagnostic entre la coxalgie hystérique et la coxalgie organique présente des difficultés fort sérieuses, et de fait dans presque tous les cas où j'ai été appelé à intervenir pour des cas de cette espèce, j'ai vu médecins et chirurgiens fort embarrassés les uns et les autres.

Après ces préliminaires, je reviens à mon malade, chez lequel je crois pouvoir affirmer la nature purement hystérique de la coxalgie dont il souffre depuis bientôt 3 ans.

C'est un homme de 45 ans, nommé Ch..., père de sept enfants, qui ne présente pas d'antécédents morbides, soit héréditaires soit personnels dignes d'être notés. Il a servi comme zouave pendant 7 ans et n'a jamais été malade pendant ce temps-là; il n'a notamment jamais éprouvé, à aucune époque de sa vie, de crises nerveuses ni de manifestations rhumatismales.

Il exerce le métier de scieur de long et travaille à la machine dite scie droite, au service de l'une de nos grandes Compagnies de chemin de fer. Le 13 mai 1883, il a été victime d'un accident : la bielle de la machine à vapeur située au-dessous de l'endroit où il travaillait, a violemment heurté le plancher sous ses pieds, et il a été projeté en l'air à une hauteur de 2 ou 3 mètres, assure-t-il. Il ne perdit pas connaissance, mais ressentit immédiatement une douleur vive accompagnée d'engourdissement du membre, celui-ci lui semblait, dit-il, à la fois *douloureux* et *absent*. Il put faire quelques pas cependant; on le transporta chez lui; il resta deux mois au lit, ayant, dit-il, dans les premiers temps, le membre gonflé; au bout de cette période il commença à marcher avec des béquilles, puis il ne se servit plus que d'une canne; il y a plus d'un an que son état est demeuré ce que vous le voyez aujourd'hui.

Si nous examinons le malade d'abord *couché*, voici ce que nous constatons :

Il existe, ainsi que vous le reconnaissez, un raccourcissement notable du membre inférieur gauche tout à fait analogue à celui qui s'observe dans la coxalgie organique à la 3e période. — La jointure est immobile, la cuisse comme soudée au bassin dans une position à peu près immuable. — Le malade accuse une douleur spontanée au niveau de l'aine, de la hanche et du genou, cette douleur s'exagère quand on exerce une pression sur ces régions, quand on imprime des mouvements au membre, quand on percute le grand trochanter ou le talon. — De plus, veuillez le remarquer, le membre gauche tout entier, cuisse et jambe, est un peu moins volumineux que le droit ; sa circonférence est moindre de un centimètre environ.

Maintenant, le malade étant *debout*, si nous le regar-

(1) Coulson, *loc. cit.*, p. 631.
(2) Barwell *loc. cit.*

dons par devant (*fig.* 10, A) nous voyons qu'il se tient penché sur le côté sain, tenant sa canne de la main droite, le pied gauche ne repose pas sur le sol ou n'y repose que très légèrement par la pointe; la jambe

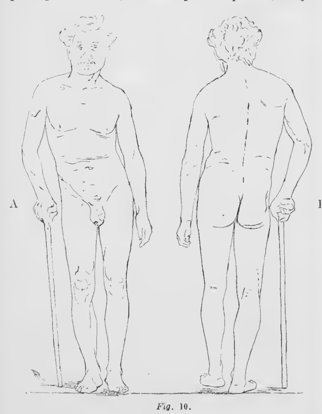


Fig. 10.

gauche est en extension et portée un peu en avant de la droite. C'est bien là, me disait l'autre jour mon collègue et ami M. le professeur Lannelongue, auquel je présentais une bonne photographie du malade vu debout, l'attitude et la tenue des coxalgiques qui sont capables de se tenir debout.

Si maintenant nous examinons le malade par derrière (*fig.* 10, B), nous remarquons tout d'abord le contraste qui, chez lui, existe entre les deux fesses : la droite est globuleuse et présente la fossette rétro-trochantérienne résultant de la contraction du grand fessier ; la gauche, au contraire, paraît plus large, aplatie, flasque ; ces caractères se retrouvent dans la coxalgie organique où ils ont été relevés par quelques auteurs (1) comme présentant une certaine importance clinique.

En réalité ce contraste entre les deux fesses dépend uniquement de l'attitude du sujet. Nous nous en sommes assurés en faisant placer à côté de notre homme un individu sain, habitué à poser pour les peintres et auquel on avait commandé de contrefaire autant que possible, après l'avoir bien étudiée, l'attitude du malade. Les résultats de cette étude comparative sont parfaitement saisissables sur le dessin que je place sous vos yeux et qui a été fait d'après une photographie (*fig.* 11).

Notons que le pli fessier est plus élevé et plus large à gauche qu'à droite et que ce dernier est double, tandis que le premier est unique. Le pli interfessier est incliné de bas en haut, de gauche à droite, du côté malade vers le côté sain ; il existe enfin une courbure assez accentuée du rachis présentant sa concavité tournée vers la gauche ; ces diverses déformations tiennent, elles aussi, d'une façon évidente, uniquement de la position anormale dans laquelle est maintenu le bassin, et surtout de son élévation du côté malade. Je vous ferai remarquer en dernier lieu que c'est dans la position de-

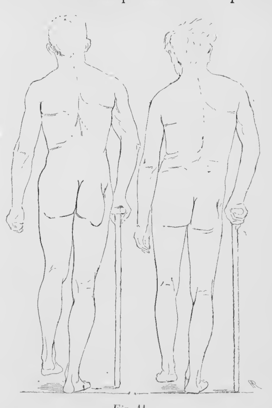


Fig. 11.

bout que l'inégalité de volume des deux cuisses et des deux jambes est le mieux perceptible.

Pour ce qui est de la démarche claudicante de notre malade il n'est sans doute pas nécessaire d'y insister ; vous reconnaîtrez qu'elle ne diffère pas essentiellement de celle que présentent les individus atteints de coxalgie organique de date ancienne.

En résumé, vous le voyez Messieurs, nous ne trouvons dans ce premier examen rien qui soit contraire à l'idée d'une affection articulaire avec lésions plus ou moins étendues et plus ou moins profondes, s'étant terminée sans abcès par une ankylose de la jointure.

Y a-t-il vraiment une ankylose ? L'exploration à l'aide du chloroforme permettrait, à l'époque où nous en sommes parvenus — c'est-à-dire près de 3 ans après le début de l'affection — de répondre à cette question d'une façon catégorique. Mais je me réserve de revenir tout à l'heure sur ce sujet.

Auparavant je veux examiner le malade à un autre point de vue. Je vais me placer dans l'hypothèse qu'il est atteint d'une coxalgie *sine materia*, et rechercher si les symptômes qu'il présente sont conformes à la description Brodie :

Si nous considérons, en premier lieu, l'*état général* de cet homme nous voyons que, depuis deux ans et demi qu'il est malade, il n'est nullement affaibli cependant : pas d'amaigrissement, pas d'anémie, jamais il n'a eu de fièvre, jamais il n'a cessé un instant d'avoir un excellent appétit.

Cette conservation, pour ainsi dire parfaite, de la santé générale, ne s'accorde guère, on en conviendra, avec l'idée d'une affection articulaire organique grave, datant de longs mois, alors même que celle-ci aurait présenté la marche la plus favorable.

(1) Barwel par exemple, *loc. cit.*

Remarquez maintenant *que la rigidité* du membre occupe non seulement la hanche, mais aussi le genou et même le cou-de-pied. Or, ce sont là des symptômes qui n'appartiennent pas à la coxalgie vulgaire, non plus que le refroidissement relatif et la teinte violacée des parties, surtout prononcés au genou et à la jambe chez notre sujet.

Insistons actuellement de nouveau sur le phénomène douleur et considérons les choses de plus près que nous ne l'avons fait tout à l'heure. La douleur déjà intense spontanément, du moins par moments, s'exaspère, comme on l'a dit, par la percussion du trochanter, du talon, et en conséquence de toute tentative faite pour mouvoir la jointure. Mais elle présente ceci de particulier qu'elle est diffuse en ce sens qu'elle s'irradie au-dessus du ligament de Poupart, remonte sur la partie inférieure de l'abdomen, presque jusqu'au voisinage du sein gauche et s'étend aussi à la fesse. De plus, lorsque, soit au niveau de l'aine, soit sur la partie antérieure du genou, la peau saisie entre les doigts est soulevée et légèrement comprimée, il se produit une douleur vive, hors de toute proportion avec le degré d'intensité du pincement exercé. J'insiste sur cette hyperesthésie de la peau au voisinage de la hanche parce qu'elle a été relevée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur la coxalgie hystérique ; elle mériterait vraiment d'être désignée sous le nom de *signe de Brodie*, car c'est au célèbre chirurgien anglais qu'on doit d'en avoir fait remarquer l'importance au point de vue du diagnostic.

J'ajouterai qu'ayant remarqué qu'à la suite de ces excitations de la peau de l'aine et du genou Ch. présentait les signes d'une anxiété extrême, que sa face rougissait, en même temps que les veines du cou et des tempes se gonflaient, etc., nous l'avons interrogé sur ce qu'il éprouvait en ce moment-là ; or la description qu'il nous a donnée de ses sensations a répondu exactement à la description de l'aura hystérique vulgaire, à savoir : Constriction épigastrique, puis battements de cœur, serrement de la gorge, enfin sifflements dans l'oreille du côté gauche et battements à la tempe du même côté. Mêmes résultats à la suite de la percussion exercée sur le grand trochanter, sur le talon ou à la suite de toute tentative de mouvement imprimé à la hanche. Vous voyez par là, Messieurs, que si l'attaque hystérique n'existe pas chez notre malade, on peut, chez lui, tout au moins provoquer les phénomènes d'aura, qui, dans la règle la précèdent, par l'excitation de véritables zones hystérogènes, dont les unes occupent la peau qui recouvre les jointures de la hanche et du genou, tandis que les autres situées plus profondément paraissent siéger soit dans la synoviale, soit dans la capsule articulaire.

La découverte des faits qui viennent d'être signalés nous a amené tout naturellement à supposer qu'un examen plus attentif de notre homme et conduit dans une certaine direction, nous permettrait peut-être de relever chez lui d'autres phénomènes capables de rendre plus évidente encore et plus palpable en quelque sorte l'existence de la diathèse hystérique. A cet égard, notre attente n'a pas été trompée : L'étude méthodique de la sensibilité dans ses différents modes, nous a fait reconnaître que sur la presque totalité de la moitié gauche du corps — quelques zones sont restées indemnes — il existe une anesthésie complète pour la piqûre et pour la température. Pour les mouvements de certaines jointures (pieds, mains, poignets, épaules les notions du sens musculaire ont disparu, tandis que pour d'autres, le coude par exemple, elles sont conservées. — Les sens spéciaux, goût, odorat, ouïe, sont notoirement affectés du côté gauche et de ce même côté le champ visuel est très notablement rétréci, tandis que

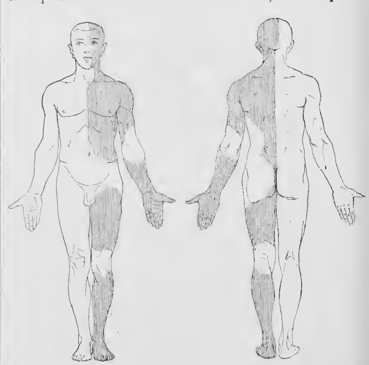


Fig. 12.

rien de semblable n'a lieu pour l'œil droit. — Ajoutons, et c'est là, vous le savez, un caractère très significatif, que le pharynx peut être titillé, irrité dans tous les sens et toutes les façons, sans provoquer la moindre trace d'action réflexe.

Tout ce qui précède nous conduit à conclure : 1° Que notre malade est un hystérique ; 2° que l'affection articulaire dont il souffre présente un bon nombre des caractères qui appartiennent à la coxalgie hystérique et aucun de ceux qui désignent nécessairement l'existence d'une lésion profonde de la jointure ; l'amaigrissement du membre lui-même ne répond pas à l'atrophie musculaire, avec flaccidité qu'on trouve dans les coxalgies organiques et peut être tout naturellement rapportée à une inertie fonctionnelle relative, datant de deux ans et demi. Tout serait donc de nature hystérique chez notre malade, aussi bien l'affection générale que l'affection locale. L'origine traumatique des accidents n'est pas, elle non plus, tant s'en faut, contraire à cette interprétation ; car nous savons par nos études antérieures que chez l'homme, plus peut-être encore que chez la femme, un choc traumatique peut avoir pour effet de révéler une disposition hystérique jusque-là restée latente.

Malgré tout, je serai le premier à reconnaître que, même en présence des arguments qui viennent d'être accumulés, des doutes peuvent subsister encore relativement au diagnostic. Il n'est pas facile, en effet, en présence d'une impotence fonctionnelle aussi prononcée et remontant déjà à plusieurs années, de se dégager de l'idée d'une coxalgie hystérique. On peut se demander, entre autres, si les symptômes hystériques, d'ailleurs accentués, ne sont pas venus, à un moment donné, se greffer sur une coxalgie organique qui aurait joué en quelque sorte le rôle de point d'appel pour les manifestations de la névrose. Il est clair que, seule, l'administration du chloroforme pourrait lever tous les doutes.

Tout naturellement ce moyen, nous avons voulu l'employer, mais jusqu'à présent le malade s'est obstinément opposé à se laisser faire. Je ne désespère pas de lui faire entendre raison et de le déterminer, un jour ou l'autre, à se prêter à un examen qui en somme ne peut que lui être utile.

Mais, Messieurs, à défaut d'un examen fait par nous-même, nous pouvons dès à présent mettre à profit les résultats de l'exploration qui a été faite il y a quatre ou cinq mois à peine, par un chirurgien éminent. Les résultats de cette exploration nous ont été communiqués par un confrère qui y assistait et qui nous affirme que pendant le sommeil chloroformique la jointure s'est montrée parfaitement libre, parfaitement mobile, exempte de toute rigidité, de toute adhérence.

Les conclusions tirées des résultats de l'examen en question ont été, Messieurs, les suivantes : 1° Il n'existe pas chez ce sujet de traces d'une affection organique de la jointure ; 2° cet individu, très vraisemblablement, est un simulateur.

A cette dernière partie des conclusions, Messieurs, nous ne saurions évidemment souscrire, après l'exposé qui précède.

Très certainement la coxalgie organique n'existe pas chez notre malade, cela est bien établi ; mais il existe chez lui une coxalgie hystérique, *sine materia*, comme vous voudrez l'appeler. Or toute *dynamique* qu'elle soit la maladie est parfaitement légitime, parfaitement réelle et rien, absolument rien, ne saurait nous autoriser à taxer notre homme de simulation.

Toujours est-il, Messieurs, vous l'avez compris, que du moment où il s'agit seulement ici, comme nous l'affirmons, d'une coxalgie hystérique, le pronostic est à tout prendre beaucoup moins sombre qu'il ne l'eût été dans l'hypothèse d'une affection organique. Sans doute une coxalgie hystérique peut se perpétuer, durer des mois, des années même — et notre cas nous offre un triste exemple de ce genre, — mais en somme la guérison doit survenir, à peu près nécessairement un jour ou l'autre, tôt ou tard.

Mais comment faudra-t-il s'y prendre pour hâter cette terminaison favorable que signalent nos prévisions? C'est là une question qui, pour être convenablement traitée, exige de longs développements. Nous y consacrerons une prochaine leçon.

THÉRAPEUTIQUE

Fièvre intermittente paludéenne datant d'un an et rebelle à la quinine. — Guérison par les injections hypodermiques d'acide phénique ;

Par le Dr B. NARICH, de Smyrne (Turquie d'Asie).

Mme B..., âgée de 42 ans, grande, brune, nerveuse et fortement constituée, n'a jamais eu de maladie sérieuse. Elle est réglée, mais pas assez régulièrement, et offre parfois des écoulements hémorrhoïdaires assez abondants. — Depuis un an elle a, presque toutes les quatre à cinq semaines, deux ou trois accès consécutifs (un accès par jour) de fièvre intermittente. Son tout premier accès éclata, dit-elle, en parfaite santé.

Dans la soirée du 10 janvier de cette année (un an après le début de sa maladie) je fus appelé pour la première fois auprès de Mme B... A l'examen je n'ai rien constaté dans les organes thoraciques. Le foie me parut normal. Peut-être la rate était-elle un peu augmentée de volume. La conjonctive était assez décolorée. — La région épigastrique était manifestement douloureuse à la pression et cette sensibilité, dit la malade, datait de ses premiers accès. Vers la même région, et entre les seins, Mme B... éprouvait spontanément une sensation très pénible de « poids, ou plutôt, disait-elle, un étouffement qui lui rendait la respiration difficile. » Et ces sensations s'accentuaient pendant les accès pour diminuer graduellement les jours suivants sans jamais disparaître tout à fait.— Elle avait été soumise pendant longtemps et à diverses reprises au sulfate de quinine sous diverses formes, ainsi qu'à d'autres médications dont elle ignorait les formules. Elle n'en a pas éprouvé, affirme-t-elle, la moindre amélioration.

Dans la matinée du 10 janvier, elle avait eu un premier accès, et, comme cela arrivait ordinairement, le stade de frisson était intense et très prolongé ; celui de fièvre était modéré, tandis que le stade de sueur consistait en une moiteur de toute la surface cutanée. — Je pensai qu'il y avait lieu d'avoir recours d'abord au sulfate de quinine en solution, mais uni au bromure de potassium comme le font quelques praticiens pour mieux faire agir le spécifique ; et je prescrivais de prendre tous les jours une potion avec un gramme de sulfate et deux grammes de bromure. Tous les trois jours je diminuai de 25 centigr. la dose des deux médicaments. — Pour la première fois la malade a eu la satisfaction de ne pas voir son premier accès du 10 janvier être suivi, comme à l'ordinaire, d'un deuxième et d'un troisième accès. Pendant neuf jours consécutifs, Mme B... se sentait fort bien, c'est pourquoi je fis supprimer la potion le 19 janvier. — Mais, soit coïncidence, soit que la suppression du sulfate en fût la cause, le soir même il se déclara un nouvel accès et, malgré la dose de quinine en solution élevée, cette fois, à un gramme et demi, un autre accès a lieu le 20 janvier ; c'était le troisième de la série, les deux premiers ayant été tout simplement espacés de neuf jours grâce, peut-être, à la médication employée. Ce troisième accès était, au dire de la malade, un des plus forts qu'elle ait jamais eus. En effet, je la trouvai au lit grelottante, entièrement cachée sous plusieurs couvertures et pouvant à peine répondre à mes questions.

Ayant déjà prévenu la malade qu'en cas d'insuccès de la quinine unie au bromure je me servirais d'un autre médicament par la méthode hypodermique, je lui dis que je devais employer ce moyen dès le lendemain. Après quelque hésitation due à la crainte que lui inspirait ce procédé, elle consentit et, avec la seringue de Pravaz, je fis pendant sept jours (du 20 au 27 janvier) matin et soir, des injections de la solution suivante d'acide phénique :

Acide phénique cristallisé. . .	40 centigrammes.
Eau distillée	50 grammes.

Les injections furent toutes faites sur le membre supérieur gauche, au bras, afin de permettre à la malade de dormir sur le côté opposé. Elles furent pratiquées méthodiquement sur trois lignes verticales d'abord en avant, puis en dehors, enfin en arrière. Plusieurs d'entre elles produisaient, sur une étendue de 5 à 6 centimètres, une rougeur avec élevure et d'aspect érysipélateux, mais qui disparaissait assez vite. D'autres, malgré la résorption du liquide produite à l'instant même par la compression de la peau, formaient, quelques heures après, une induration assez douloureuse qui ne disparaissait que vers le quatrième jour.

Le nombre de seringues *entières* injectées chaque jour était : 1er jour, 2 seringues ; 2e jour, 3 ; 3e jour, 4. Les quatre autres jours 6 seringues par jour dont 3 le matin et 3 le soir. Cela fait un total de 33 seringues. Dès le cinquième jour la malade se plaignait d'un malaise général qu'elle ne pouvait définir et qui allait en augmentant, ce qui me fit suspendre les injections au septième jour.

Depuis la première injection (20 janvier de cette année) jusqu'à ce moment (20 octobre) neuf mois se sont écoulés sans que Mme B... ait eu le moindre accès de fièvre. Déjà, en février, elle me déclarait, ce qu'elle m'a depuis répété plusieurs fois, qu'elle ne s'était jamais mieux portée. « L'étouffement » qu'elle éprouvait sur le devant de la poitrine a complètement disparu. La région épigastrique

n'est plus douloureuse. Les fonctions digestives se font bien.

Dans la séance du 24 octobre 1884 de la *Société médicale des hôpitaux*, M. Dieulafoy (1) ayant parlé de deux malades de son service atteints de fièvre intermittente qu'il traitait par les injections d'acide phénique, je m'étais promis, pour mieux constater l'utilité de cette substance, de l'employer dès qu'il se présenterait à moi, non pas un cas qui serait curable par la quinine, mais un de ces cas rebelles qui sont relativement assez fréquents dans ce pays.

Je pense donc que l'observation que je viens de relater assez longuement à cause de son importance thérapeutique, est intéressante sous plusieurs rapports : 1° Les accès de fièvre dataient d'un an. 2° Le sulfate de quinine sous toutes ses formes, même uni au bromure de potassium, a échoué. 3° La guérison par les injections d'acide phénique s'est maintenue pendant neuf mois, et l'état actuel est si bon qu'il semble permis de croire que la guérison est définitive.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la dilatation de l'estomac chez les enfants.

Depuis l'importante communication de M. le professeur Bouchard à la Société médicale des hôpitaux (1884), la dilatation de l'estomac a pris une grande place dans la clinique médicale. Guidé par les études originales de ce maître, nous avons cherché la dilatation de l'estomac chez les enfants malades et nous l'avons trouvée presque constamment chez les rachitiques, c'est-à-dire chez des enfants soumis pendant des mois à un véritable *surmenage stomacal* (allaitement artificiel, alimentation grossière et prématurée, etc.) (2). Comment s'étonner que ces petits malades au développement abdominal exagéré chez lesquels Glisson lui-même avait relevé la *distension* gastro-intestinale, n'aient pas conservé la tonicité et la capacité normales de leur estomac ?

Les rachitiques dont la gloutonnerie est proverbiale auraient-ils donc seuls le privilège de distendre impunément leur estomac par des surcharges solides et liquides répétées ? La dilatation stomacale, conséquence des excès alimentaires répétés, serait-elle donc particulière aux adultes ?

Il ne pouvait en être ainsi et les investigations que nous avons poursuivies depuis près de deux ans nous ont conduit à formuler des conclusions que nous maintenons encore aujourd'hui avec la même énergie : La dilatation de l'estomac est très commune dans la première enfance ; elle est la conséquence habituelle de la mauvaise hygiène alimentaire des enfants pauvres ; elle est la compagne habituelle du rachitisme. Laissons de côté pour le moment le rôle pathogénique que M. Bouchard fait jouer à la dilatation de l'estomac et négligeons la question des rapports de cette dilatation avec le rachitisme. Car c'est l'existence même de la dilatation de l'estomac chez les enfants qui est mise en doute, pour ne pas dire niée, par un travail récent que nous allons maintenant étudier.

M. le Dr Malibran, ancien interne à l'hospice des Enfants-Assistés, dans sa thèse inaugurale (1) sur les ectasies gastriques, nous prend vivement à partie et conteste d'une façon absolue la valeur des résultats publiés par nous. En terminant notre travail sur la dilatation de l'estomac, nous avions émis le vœu que des autopsies bien faites vinssent compléter les données purement cliniques qu'il nous avait été permis de recueillir au Dispensaire pour enfants de la Société philanthropique. Nous verrons tout à l'heure comment notre appel a été entendu par M. Malibran et comment l'anatomie pathologique aurait, suivant lui, répondu à nos prévisions. Nous ne prendrons, dans la thèse de cet auteur, que les chapitres qui nous concernent spécialement. Nous laisserons de côté les observations et les dissertations relatives à la dilatation des adultes que, dans ces derniers temps et à des points de vue différents, MM. G. Sée et Mathieu, M. Bouchard, ont simultanément étudiée.

Au préalable, nous nous permettrons une légère critique sur les procédés de mensuration du Dr Malibran ; l'estomac est une poche et non une simple surface à deux dimensions ; l'étendue verticale et l'étendue transversale mesurées en centimètres ne suffisent pas à nous renseigner sur la *capacité* de l'estomac. Il s'agit de dilatation, c'est-à-dire d'augmentation permanente de *capacité*. L'insufflation est également un procédé d'une fidélité plus que douteuse et il nous semble que le meilleur moyen de mesurer le calibre d'un organe creux est encore l'introduction méthodique d'une quantité suffisante de liquide.

Dans un tableau très sommaire, l'auteur nous donne le relevé des diamètres verticaux et transversaux de 43 estomacs pris chez des enfants dont le plus jeune avait trois semaines et le plus âgé sept ans. Ces enfants, d'où venaient-ils, de quelle maladie sont-ils morts? Nous l'ignorons et nous ne savons pas si nous sommes en présence d'estomacs normaux ou d'estomacs dilatés. Pour qu'un tableau statistique ait de la valeur, il faut que les éléments qui le constituent soient connus dans tous leurs détails et comparables entre eux. Aucune conclusion ne peut donc être légitimement déduite de ces mensurations. Quelle n'a donc pas été notre surprise en lisant les phrases suivantes : « D'après notre tableau, dit M. Malibran, il n'existe pas, sur les 43 cas mentionnés, un seul cas de dilatation appréciable. Les seuls chiffres un peu exagérés, relativement à l'âge, du diamètre vertical, appartiennent aux numéros 14, 9, 8 et 40. Et cependant, à la simple inspection, ils ne paraissaient pas dilatés, ils n'affectaient aucun rapport avec la région ombilicale, ils ne répondaient, en somme, nullement à la description de la dilatation d'après M. Comby. *Cette courte statistique tendait donc déjà à nous faire*

(1) Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, lors de cette communication, l'emploi de l'acide phénique dans les fièvres intermittentes est de date beaucoup plus ancienne : Jessier (1868), Declat (1873), Hueter, Hirschberg, Aufrecht, Motta et de nombreux auteurs à leur suite ont préconisé l'acide phénique contre les fièvres paludéennes. M. Motta, dans sa monographie à ce sujet, dit même la préférer au sulfate de quinine, surtout dans la pratique hospitalière. Tous les auteurs que nous citons auraient fait des injections hypodermiques. (Voir pour plus de détails : *Manuel des injections sous-cutanées*, par Bourneville et Bricon, 2e édition, 1885, p. 7-10). (*Note de la Réd.*).

(2) *De la dilatation de l'estomac chez les enfants* (*Archives générales de médecine*, 1884.)

(1) *Contribution à l'étude des ectasies gastriques* (Thèse de Paris, 1885.)

nier les conclusions de cet auteur. Mais, outre les estomacs dont nous mentionnons les dimensions sous forme de tableau, nous avons autopsié un nombre très considérable d'enfants en bas âge ; chez aucun d'eux nous n'avons trouvé l'estomac dilaté. »

Mais nous n'avons jamais prétendu que la dilatation de l'estomac existait chez tous les enfants indistinctement, et qu'on la retrouverait dans toutes les autopsies que pourraient faire les chercheurs patients et laborieux comme M. Malibran. Nous avons constaté la dilatation de l'estomac chez des rachitiques vivants ; nous voulons la voir chez des rachitiques morts. M. Malibran n'avait donc pas besoin de prendre 43 autopsies et plus au hasard ; *une seule observation* détaillée d'enfant rachitique de deux ans environ offrant le *clapotage* autour de l'ombilic pendant la vie et après la mort un *estomac normal*, suffisait à ruiner notre doctrine. Cette observation, nous l'avons cherchée en vain dans la thèse de M. Malibran.

Quant à l'argument tiré du silence de Parrot sur la dilatation de l'estomac dans les protocoles d'autopsie des Enfants-Assistés, nous ne pouvons nous y arrêter. Chacun sait que cette lésion n'est pas de celles qui sautent aux yeux et qu'elle veut être cherchée, pour ainsi dire, avec préméditation et de parti pris.

Nous trouvons (page 65 de la thèse de M. Malibran) huit observations résumées en quelques lignes et absolument insuffisantes, relatives à des enfants morts de rougeole, broncho-pneumonie, diphthérie, entérite, etc. Dans quelques cas (obs. VI et VII) le clapotement était dû au côlon et à l'intestin grêle, mais non à l'estomac. Cela veut dire que les sujets de ces observations avaient des liquides intestinaux, mais qu'est-ce que cela prouve pour ou contre la dilatation de l'estomac? Nous n'avons jamais nié l'existence du gargouillement intestinal et nous savons le distinguer du clapotage stomacal. Nous transcrivons textuellement l'obs. V de M. Malibran : « Inconnu.... Même expérience (introduction dans l'estomac). Le clapotement est très net jusqu'au milieu de l'espace ombilico-pubien, ouverture : l'estomac complètement putréfié et privé d'élasticité s'est laissé distendre jusqu'à l'ombilic, sous le poids du liquide introduit dans sa cavité. »

Voici maintenant l'obs. VIII : « Claudel Joseph, né le 15 août 1884, mort le 24 avril 1885 (c'est-à-dire à l'âge de huit mois et demi). Broncho-pneumonie, rachitisme. Chez cet enfant, il n'existe pas de clapotement, et d'après la percussion l'estomac paraît à sa place normale sous les côtes. Réplétion d'eau. Il descend progressivement jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic........ Excisé et vidé, il revient sur lui-même et mesure verticalement 7 centimètres 3 et transversalement 11 centimètres 4. »

Quelles conclusions peut-on tirer de ces quelques notes isolées de tout renseignement clinique, de tout commentaire physio-pathologique? Encore si la thèse de M. Malibran nous donnait une observation détaillée, une seule qui pût servir de base et de justification à la charge à fond qu'il exécute contre la dilatation de l'estomac chez les enfants ! Mais non ; on peut chercher, on ne trouvera dans cette compendieuse thèse de 142 pages, que les *huit semblants* d'observations personnelles que nous avons signalées et qui tiennent dans deux petites pages et demi de texte.

Il est donc permis de dire que M. Malibran n'a pas apporté un *seul fait* à l'appui de ses opinions. Ce qui ne l'empêche pas de se livrer à un examen critique des signes classiques de la dilatation de l'estomac chez les enfants et d'aboutir au renversement complet de tout l'échafaudage des signes sur lesquels nous avions édifié les ectasies gastriques de l'enfance. Tous les cliniciens savent bien que, dans quelques circonstances assez communes, l'estomac distendu se dessine au-dessus de l'ombilic, formant une poche globuleuse qu'on peut presque circonscrire avec la main. Nous avons dit qu'il en était de même chez l'enfant et que parfois la voussure sus-ombilicale indiquait à première vue la dilatation de l'estomac. Nous ajoutions comme correctif : en général, cette convexité est peu marquée ou n'existe pas. Elle est remplacée par un écartement de la ligne blanche. Malgré ces restrictions, nous recevons de M. Malibran une dénégation formelle et, d'après lui, il semble que jamais l'estomac ne puisse former chez l'enfant une voussure sus-ombilicale. Pour lui, la voussure *épigastrique ne peut être due qu'à l'intestin.* Il suffit de reproduire textuellement cette affirmation pour en montrer l'imprudence. Elle revient à dire, en effet, qu'un estomac, si distendu et si dilaté qu'il soit, n'affecte pas de rapports avec la paroi abdominale antérieure, ce qui est absurde.

Passons à l'examen du bruit de clapotage ; nous avions dit que le timbre de ce bruit rappelait celui que donne l'agitation d'un liquide dans une bouteille à moitié pleine, ou le choc des petites vagues qui se brisent sur un bateau (1). « Si l'on devait prendre cette comparaison à la lettre, dit M. Malibran, nous avouerions n'avoir jamais constaté ce bruit avec une aussi grande netteté chez l'enfant. » Si cette comparaison déplaît à M. Malibran, nous lui dirons que nous n'avons pas inventé le bruit de clapotage, et que le bruit que nous avons entendu chez les enfants est le même que celui que Chomel, Bouchard, etc., ont entendu chez les adultes. Si M. Malibran n'a pas perçu ce bruit chez les enfants, c'est qu'apparemment il ne s'est pas trouvé en présence de dilatations gastriques chez les sujets de cet âge ; car il sait trop bien percuter un estomac pour que nous supposions un instant qu'il puisse méconnaître la dilatation de l'estomac même chez les enfants. Ce clapotage stomacal n'est pas seulement caractéristique par son siège, il l'est encore par ses caractères physiques, et il diffère absolument du gargouillement intestinal que M. Malibran a rencontré et qu'il nous accuse d'avoir confondu avec le bruit stomacal. A ce propos, nous ferons remarquer à l'auteur qu'il s'est mépris à la lecture de nos observations et que bien peu de nos malades avaient la diarrhée au moment de l'examen ; si la diarrhée est relevée dans 28 de nos observations sur 43, cette diarrhée est signalée dans les antécédents des petits malades, à la phase *gastro-entéritique* de leur maladie et non à la phase *ectasique* actuelle. Les rachiti-

(1) Comparaison empruntée au Dr Moncorvo.

ques commencent par avoir des troubles digestifs et en particulier de la diarrhée (gastro-entérite); plus tard, l'estomac et l'intestin se dilatent et la *constipation habituelle* apparaît. Loin d'être des diarrhéiques, nos enfants étaient des constipés et le gargouillement intestinal faisait défaut chez eux. Nous exceptons les quelques nourrissons athrepsiques que nous avons examinés et chez lesquels le rachitisme ne s'était pas encore montré; chez ces derniers, on pourrait nous objecter la distension lactée passagère de l'estomac et le gargouillement intestinal; mais chez les rachitiques de 2 à 3 ans, l'objection n'est pas valable.

En résumé, les expériences et les observations contradictoires que M. Malibran oppose à nos recherches n'ont pas atteint le but visé par l'auteur. Les expériences (distension gazeuse, mensuration de deux diamètres) n'échappent pas à la critique; quant aux observations, nous sommes en droit de dire qu'elles font totalement défaut, en ce qui concerne les enfants. Les recherches de contrôle que nous demandons ne semblent pas comporter de grandes difficultés d'exécution. Que faut-il, en effet? Noter exactement l'état de l'estomac chez les rachitiques à jeun, en suivant les procédés que M. Bouchard a parfaitement indiqués; faire ensuite la vérification anatomique. Tant qu'on n'aura pas fait cela, on ne pourra tirer aucune conclusion de lambeaux d'observations prises sans aucun discernement ou de protocoles d'autopsie sans histoire clinique. Peut-être l'hospice des Enfants-Assistés est-il un champ d'études imparfait au point de vue des recherches à la fois cliniques et anatomo-pathologiques que nous voudrions poursuivre. En fait, il n'est jamais sorti d'observation complète de ce milieu, et les beaux travaux du professeur Parrot n'ont pas dépassé le domaine de l'anatomie pathologique. C'est à l'hôpital des Enfants-Malades peut-être qu'on pourrait instituer ces recherches avec plus de chances de succès. En attendant le résultat de ces travaux, nous n'hésitons pas à maintenir les conclusions de notre mémoire sur la dilatation de l'estomac chez les enfants.

Chez tous les rachitiques soumis à notre observation, nous avons trouvé les signes physiques d'une dilatation plus ou moins considérable de l'estomac. Ces signes se résument surtout dans le bruit de clapotage perçu plus ou moins bas dans la région péri-ombilicale. Ce clapotage est différent par son siège et par son timbre du bruit intestinal observé principalement chez les diarrhéiques et dont le type est fourni par le *gargouillement de la fosse iliaque droite* des typhoïdiques. D'ailleurs, ce clapotage stomacal auquel on veut enlever toute valeur séméiologique, n'est pas si commun qu'on le dit; ce n'est pas un symptôme banal facile à percevoir chez tous les enfants. Nous l'avons vainement cherché chez les enfants sains de tout âge. Nous ne l'avons trouvé que chez les enfants rachitiques ou chez les dyspeptiques guéris actuellement de leur dystrophie osseuse. Il n'est pas étonnant que la dilatation de l'estomac, caractérisée physiquement par ce bruit de clapotage, fonctionnellement par la dyspepsie, la constipation, les éruptions cutanées, les altérations osseuses, etc., se produise avec une grande fréquence chez les enfants des classes pauvres. Ces enfants, en effet, sont soumis à une hygiène alimentaire déplorable qui agit mécaniquement sur leur estomac et le dilate nécessairement. L'alimentation grossière et prématurée des nourrissons, le sevrage brutal et précoce remplacé par des aliments qui conviennent à peine à des adultes, outre la mortalité effroyable qu'ils causent, déterminent chez les survivants des désordres digestifs permanents qui se traduisent surtout par la dilation de l'estomac. Comme conséquence de ces désordres digestifs et de cette dilatation stomacale, nous voyons apparaître le rachitisme; voilà pourquoi *rachitisme* et *dilatation de l'estomac* se trouvent associés dans la clinique infantile. Comme contre-épreuve, il est facile de s'assurer que les enfants des classes aisées ou des classes pauvres qui ont bénéficié d'un allaitement naturel bien dirigé et prolongé, ne présentent aucun des signes de la dilatation de l'estomac que nous avons notés plus haut. Chez eux, vous ne trouverez jamais le clapotage stomacal autour de la région ombilicale; vous n'observerez pas non plus les troubles fonctionnels que nous avons mis en relation étroite avec la dilatation de l'estomac. Une dernière preuve, enfin, qu'il s'agit bien de dilatation de l'estomac, c'est que le traitement spécial dont M. Bouchard a posé les règles, améliore et guérit les malades que nous regardons comme atteints de dilatation de l'estomac. Ce traitement est surtout *diététique*; c'est le traitement par excellence de la dilatation de l'estomac. Dr J. Comby.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 janvier 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

MM. J. Ferran et J. Pauli adressent, de Tortose, une note portant pour titre : *Le principe actif du koma-bacille; comme cause de mort et d'immunité.* — De quatre séries d'expériences effectuées sur des cobayes, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° Le koma-bacille mort communique la tolérance qui permet de résister aux effets du bacille virgule vivant. 2° Le principe actif du bacille virgule, isolé par des procédés connus, confère une accoutumance qui permet de résister aux effets du microbe vivant et *vice versa*. D'après les auteurs, la cause qui détermine l'immunité et la cause qui provoque la mort, sont une seule et même cause, de nature essentiellement chimique, par conséquent, l'immunité n'est en réalité qu'un fait d'accoutumance, que l'on peut obtenir par des agents purement chimiques.

M. P. Regnard continue ses belles recherches sur l'*action des hautes pressions* : il étudie aujourd'hui leur influence sur les tissus animaux. Les muscles soumis à 400 atmosphères perdent leur contractilité; en même temps, ils augmentent de poids. Au microscope, on voit que le sarcolemme est soulevé et que la striation transversale a disparu. Les fibres nerveuses ont des incisures beaucoup plus marquées qu'à l'état normal : au niveau de chaque étranglement, la myéline est refoulée des deux côtés. Les globules sanguins sont détruits, les vaisseaux du tissu conjonctif sont distendus par l'eau. On peut concevoir de deux manières le mode de pénétration de l'eau : 1° Ou bien le protoplasma de l'épithélium, la matière même des fibres musculaires et la myéline des nerfs sont plus compressibles que l'eau d'une part, et que leur enveloppe d'autre part, et alors l'eau les refoule et prend leur place:

puis, à la décompression, l'eau n'ayant plus la possibilité de fuir, gonfle les tissus en les dilacérant. 2e Ou bien, comme le propose M. R. Dubois, l'eau, aux fortes pressions, se combinerait chimiquement aux albuminoïdes; puis, à la décompression, l'eau redeviendrait libre et fermerait des sortes d'infarctus aqueux.

M. M. Laffont étudie l'influence qu'exerce l'*anesthésie par inhalations de protoxyde d'azote pur* sur la fonction hépatique, la fonction respiratoire, la fonction cardiaque. Ces inhalations font apparaître le sucre dans l'urine et produisent ainsi des phénomènes asphyxiques. Les mouvements respiratoires augmentent de fréquence et d'amplitude : au moment de l'anesthésie, la respiration est haletante. Les battements du cœur sont augmentés au début, mais bientôt survient un ralentissement. M. Laffont conclut que le procédé d'anesthésie par le protoxyde d'azote est loin d'être inoffensif.

MM. Mairet et Combemalle, après l'avoir expérimenté sur les animaux, ont étudié sur l'homme les *propriétés de l'acetophenone*. Ils refusent à cette substance les propriétés hypnotiques qui lui ont été attribuées. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 janvier 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Rœtterer décrit la disposition des lymphatiques dans l'intérieur des amygdales. Ils forment un système clos qui comprend l'organe tout entier.

M. Vignal demande si l'auteur a constaté la présence d'une membrane en dehors de l'endothélium, recherche que M. Rœtterer dit n'avoir pas pratiquée.

M. Roux présente le résultat de ses recherches sur les *fonctions mécaniques du gros intestin*, faites à l'aide de la méthode graphique. Il a étudié particulièrement le symptôme colique qui commence avec la contraction, augmente avec celle-ci, mais finit avant qu'elle ne soit éteinte.

L'auteur présente un deuxième mémoire accompagné d'un grand nombre de photographies microscopiques, sur l'*innervation du système viscéral des crustacés*. Ses recherches lui ont permis de vérifier une fois de plus cette loi de Ranvier que la cellule nerveuse est le critérium du nerf sympathique, car jamais il n'a constaté ces éléments sur le trajet des nerfs volontaires.

A propos de la dernière communication de M. Ch. Richet, M. Gréhant demande à l'auteur s'il ne croit pas que le courant qu'il attribue, dans la manœuvre de la roue à interruption de Marey, au contact du platine et du mercure, ne serait pas plutôt dû au contact des deux branches métalliques qui maintiennent le nerf.

M. Ch. Richet ne peut admettre cette opinion, car il a remplacé la tige de platine par un crayon de graphite et n'a pas obtenu de courant.

M. d'Arsonval n'adopte pas l'opinion de M. Richet Il croit qu'il existe là une véritable pile constituée par le platine et le mercure, ce dernier ayant comme intermédiaire une couche humide à sa surface. Ce qui le prouverait, c'est qu'il a desséché le mercure et qu'il n'a plus vu se produire les phénomènes signalés par M. Richet.

M. Ch. Richet considère comme très plausible l'interprétation de M. d'Arsonval, mais si faible que soit l'action du platine sur le mercure, elle ne doit pas moins exister. Il se produit alors un phénomène chimique générateur d'un courant électrique. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 janvier 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Jules Guérin et rappelle le rôle scientifique qu'il a joué et la place considérable qu'il a occupée au sein de cette assemblée pendant plus de quarante ans.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur l'*hopéine*, alcaloïde nouveau qu'on extrait du houblon d'Amérique et qui posséderait de puissants effets narcotiques. Mais avant d'expérimenter ce produit fourni par des maisons de commerce anglaises, M. Dujardin-Beaumetz, prévenu de son identité avec la morphine, le soumit à l'analyse; il constata alors que les réactions fournies par les échantillons venus d'Angleterre étaient absolument semblables à celles qu'on obtient par la morphine. On ne peut donc, en présence de ces résultats, émettre que trois hypothèses : ou bien les réactions de l'hopéine et de la morphine sont les mêmes; ou bien le houblon d'Amérique contient de la morphine; ou enfin les produits livrés par le commerce anglais ne sont autres que de la morphine aromatisée avec du houblon : (La seule différence est dans le prix, l'hopéine coûtant 3 ou 4 francs le gramme et la morphine 0,50 centimes.)

La troisième hypothèse est la plus vraisemblable et l'Académie ne saurait trop flétrir un mercantilisme aussi honteux.

M. Gautier rappelle qu'à l'époque où il s'occupait de l'étude des venins des serpents il avait fait venir d'une maison de commerce de Londres du venin de cobra capello. Quoique vendue très cher, cette substance ne lui donna jamais aucun résultat, et malgré ses démarches il ne pût obtenir un nouvel envoi ou le remboursement des sommes qu'il avait déboursées. Il en fut de même du reste du chlorure de méthylène vendu par les maisons anglaises et que M. Regnault démontra n'être autre chose que du chloroforme impur.

M. Méhu fait remarquer que l'hopéine ne peut être préparée avec le houblon de nos contrées; de plus, un décigramme d'hopéine exige, pour être obtenu, un kilogramme de houblon d'Amérique. Il est donc impossible de se procurer dans le commerce une notable quantité de cet alcaloïde.

M. Léon Labbé lit une note qui vient compléter la communication qu'il a faite à l'Académie, le 24 mars 1885, sur un cas d'*extirpation totale du larynx*. Le quatorzième jour après l'opération, l'état du malade était très satisfaisant et alla progressant de plus en plus, puisque au mois d'avril les douleurs ayant cessé et l'alimentation se faisant assez facilement, on avait fait l'application d'une première canule parlante.

Au mois de mai le malade commençait à vaquer à ses occupations quand, par suite d'imprudences, il fut pris d'une pneumonie à laquelle il succomba le 6 juin, mais sans que, d'aucune part, on eût pu remarquer trace extérieure d'une récidive et après cicatrisation complète de la plaie du cou.

M. Lagneau fait un rapport sur un travail de M. le Dr Aubert intitulé : *Essai de statistique démographique et de topographie médicale du département de la Vendée.*

A. Damalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 janvier 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Hayem fait une communication sur *le diagnostic du rhumatisme par l'examen du sang*. Depuis longtemps l'auteur avait étudié l'état du sang dans les cachexies et les pyrexies : aussi en règle générale examine-t-il le sang de tous les malades dont le diagnostic semble difficile. Dans le rhumatisme, ainsi d'ailleurs que cela résulte des recherches anciennes d'Andral et de Gavarret, la fibrine du sang augmente énormément comme aussi dans la pneumonie et cela d'une façon pathognomonique. M. Hayem cite le cas d'un jeune homme atteint de fièvre violente avec température élevée, délire, en un mot état typhoide sans localisation. Ayant constaté par l'examen du sang un réticulum fibrineux très abondant, M. Hayem diagnostique un rhumatisme cérébral, le malade fut donc aspergé d'eau froide. En deux ou trois jours tout se calma, mais bientôt apparut une arthrite énorme d'un genou avec gonflement considérable de tout le membre, phénomène inflammatoire sérieux et qui résista au salicylate pour ne disparaître qu'après deux mois laissant l'articulation presque ankylosée. M. Hayem voit là la

preuve de la justesse de son diagnostic de fièvre rhumatismale ultérieurement localisée dans une seule articulation et pense que les lotions froides ont sauvé son malade.

M. Robin lit un mémoire sur l'*influence de l'eau sur la nutrition et de son emploi dans le traitement de l'obésité.* Rappelant les nombreux travaux publiés sur ce sujet, l'auteur insiste particulièrement sur les importantes recherches de Genth qui remontent déjà à 1856. L'eau ingérée en abondance dans l'estomac augmente la quantité de l'urée et des sels de l'urine ; mais à quoi tient cette augmentation ? Est-elle due au meilleur lavage des tissus ou à leur désintégration. M. Robin pense que cet excès d'eau lavant les tissus, les échanges peuvent s'y faire plus facilement, leur combustion être plus parfaite. Et en effet Forster expérimentant sur le chien, ayant établi par une expérience de 7 jours le taux normal de l'urée à 12 gr., fit absorber de l'eau à l'animal et vit l'urée monter à 20 gr. ; Voït arriva à des résultats analogues. Cette grande augmentation de l'urée ne pourrait être attribuée simplement au résultat du lavage des tissus ; il faut qu'il y ait eu exagération des combustions, et d'ailleurs ce qui démontre bien ce fait, c'est que le chiffre du soufre contenu dans les sulfates est plus élevé — 1 gr. 36 au lieu de 1 gr. 56 — et que cet excès de souffre ne peut venir que de l'oxydation des albuminoïdes. Au reste cette exagération des combustions est démontrée par les expériences de Genth. Si on compare en effet dans ces expériences le poids de l'urée au poids total des matières solides de l'urine on constate que l'augmentation n'est pas identique pour les deux groupes. En effet, avec la ration normale, le poids total des matières solides est de 70, celui de l'urée est de 43 et en exprimant par un chiffre le rapport de l'urée au total de toutes les matières solides de l'urine, ce qu'on peut appeler coefficient d'oxydation, ce chiffre sera alors 61 0/0. Genth ayant ajouté 2 litres d'eau à son même régime, le premier chiffre devint 73, celui de l'urée 48, le rapport de l'un à l'autre 66 0/0. Enfin avec une ration de quatre litres d'eau on a 75 et 53 soit le rapport de 70 0/0. Dans une expérience analogue faite par M. Robin, le rapport de l'urée au poids total des matières solides varia également de 49, 4 0/0 à 53,2 0/0, Tous ces faits démontrent donc nettement que l'ingestion de l'eau en excès augmente les oxydations sans augmenter la désintégration organique.

Appliquant ces données à l'obésité, M. Robin fait remarquer que l'obésité peut tenir à ce que l'assimilation est augmentée ou au contraire à ce que la désassimilation est diminuée. Donc, si on s'en rapporte aux expériences de Schiff qui considère que l'eau augmente le pouvoir digestif, on devra la proscrire dans le premier cas et au contraire la recommander dans le second. Comment donc établir ce diagnostic de la variété à laquelle répond tel ou tel cas d'obésité? L'urée doit donner la réponse. Si en effet un obèse élimine peu d'urée, ou si son coefficient de combustion est faible, il faut le faire boire ; si au contraire il élimine beaucoup d'urée, ou si son coefficient de combustion est élevé, il faut diminuer autant que possible les boissons. L'auteur a eu l'occasion d'appliquer ces données théoriques à trois cas d'obésité et il a obtenu des résultats très-remarquables. Dans deux cas le coefficient d'oxydation était très diminué, le chiffre d'urée minime ; en outre du régime, l'eau fut donnée à volonté, le coefficient augmenta considérablement et le poids baissa. Dans un cas contraire où le coefficient était élevé, le rationnement considérable de l'eau le fit beaucoup baisser et la malade maigrit également en peu de temps.

L. Capitan,

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 janvier 1886. — Présidence de M. Duhomme.

M. Duhomme lit une note sur le *régime alimentaire dans la glycosurie.* Le diabète n'est pas une entité morbide, c'est une déviation de la fonction glycogénique du foie à laquelle l'auteur donne le nom d'*uroglycosie.* Il divise ce trouble en simple, mixte et complexe. L'auteur donne ensuite une théorie de laquelle il résulte que le régime restreint n'est pas toujours favorable dans les cas simples.

M. F. Vigier désirerait savoir si M. Duhomme a établi les relations qui existent entre le taux de l'urée et celui du sucre dans les cas de diabète intermittent. On sait en effet que l'urée augmente considérablement lorsque le sucre disparaît.

M. Duhomme croit que les dosages de l'urée sont toujours au moins insuffisants, car les procédés actuels sont fort imparfaits. L'urée dans ces cas est due à l'usage d'un régime fortement azoté. Les substances extraites autres que l'urée troublent le liquide expérimenté et il peut ainsi arriver, lorsqu'on se sert de la liqueur cupro-potassique, qu'on ne reconnaisse pas la glycose dans une urine qui en renferme 10 à 12 grammes par litre.

M. Boismont dit que par le procédé de Millon même modifié pour le rendre plus pratique on ne décompose que l'urée seule, ce qui permet d'obtenir des résultats très satisfaisants.

M. Bocquillon a analysé le contenu de deux kystes paraovariques qui contenaient de la *mucine* dans la proportion de 3,35 cent. pour 100. On peut par ce procédé et en se fondant sur cette connaissance les différencier des kystes ovariques qui n'en renferment pas.

M. Dujardin-Beaumetz ayant eu à traiter des crises gastriques tabétiques a essayé le chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau dans les proportions de 0,50 centigrammes de sel par 200 grammes de liquide. Il ordonna de prendre par la voie buccale deux cuillerées à bouche toutes les deux heures jusqu'à concurrence de 0,10 centigr. Les douleurs diminuèrent mais les malades éprouvèrent quelques vertiges ; il faut donc donner le médicament lorsque le patient est couché. Il a observé les mêmes effets dans les cas d'ulcus rotundum.

M. C. Paul aurait désiré employer la cocaïne dans un cas de fissure à l'anus, mais il ne sut quelle technique observer.

M. Féréol a calmé les douleurs dans deux cas de fissure par les badigeonnages avec la solution de cocaïne.

M. Huchard a aussi employé la cocaïne pour calmer les crises de gastralgie.

M. Dujardin-Baumetz fait, suivant la méthode d'Obissier, des injections sous-cutanées au pourtour de la marge de l'anus et peut ainsi faire la dilatation sans douleur dans les cas de fissure. Il a employé ce médicament avec succès, dans le traitement des brûlures, de l'eczéma, mais il faut se rappeler qu'il n'a qu'un effet passager.

M. Boismont présente à la Société une substance grasse, la *lanoline*, extraite de la laine du mouton et avec laquelle on peut préparer diverses pommades. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE

Séance du 7 janvier 1886. — Présidence de M. Petithan.

M. Plucker présente un malade atteint de *mycosis fongoïde*; le début de l'affection remonte à plusieurs années (une note détaillée paraîtra dans les *Annales*). — M. Firket a recherché si ce mycosis était de nature parasitaire. Sur 8 tubes ensemencés avec le suc d'une tumeur excisée (6 de gélatine, 2 d'agar), il a obtenu 7 cultures qui ont présenté des caractères constants. Toutes ont montré des colonies blanches d'un *coccus* mesurant 0, 6 à 0,8 μ. de diamètre, pouvant atteindre 1 μ. au moment qui précède la division. Ce *coccus* se développe assez lentement dans la profondeur, sans s'étaler à la surface de la gélatine ou de l'agar. Il détermine lentement le ramollissement et la liquéfaction de la gélatine. M. Firket poursuit ses recherches dont les résultats seront publiés ultérieurement.

M. F. Fraipont cite une communication sur le *traitement palliatif du carcinome utérin par le raclage.* Cette opération, fort à la mode en Allemagne, en Angleterre, en Amérique et même en France, combat très efficacement les hémorrhagies, dénonce l'écoulement leucorrhéique, lui enlève sa fétidité, grâce à l'iodoforme employé dans le traitement consécutif, calme jusqu'à un certain point les douleurs et permet aux patientes de reprendre des forces. Des observations prises dans la clinique du professeur von Winiwarter et dans la pratique de l'auteur accompagnent cette communication.

M. L. Dejace lit un rapport sur l'*Etude sur la pratique de la vaccine, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être,* par le Dr Titeca.

M. Lenger présente une malade qu'il a opérée avec un plein succès pour une *déchirure complète du périnée.*

Il montre également un *catcut salivaire*, du poids de 5 gr., extrait du canal de Warthon d'un homme de 40 ans.

A la suite de la lecture d'un rapport de M. Delbastaille, M. Bricon, rédacteur du *Progrès médical*, est proclamé membre correspondant de la Société, à l'unanimité des membres présents.

F. Schiffers.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Nouveau manuel de la garde-malade, à l'usage des mères de famille, etc.; par E. Bérillon, in-18. — Delahaye et Lecrosnier, 1885.

II. La santé publique à Lyon pendant l'année 1884, rapports par J. Teissier, in-8. —Association typographique, Lyon, 1885.

I. Il arrive souvent que le lecteur qui achète un manuel se trouve désillusionné. Il croyait avoir fait provision d'une quantité raisonnable de conseils utiles et variés donnés sans parti pris, et, bien au contraire, il se trouve en possession d'un petit livre dans lequel l'auteur a pris à tâche de discuter aux dépens des autres deux ou trois questions qui seront sa constante préoccupation dans toutes les parties du volume. On n'adressera pas ce reproche à M. Bérillon, qui a su, et en peu de pages, traiter, et toujours à propos, une foule de sujets. L'espace lui ayant été fort ménagé, c'est sous forme d'aphorismes qu'il a présenté les notions d'hygiène pratique qu'il voudrait voir pénétrer dans tous les ménages. Son livre débute par un exposé des soins à donner aux malades, en attendant l'arrivée du médecin. Toute femme, si elle est mère de famille, sera tôt ou tard appelée à remplir les difficiles et délicates fonctions de garde-malade. Elle ne sera jamais embarrassée dans ses nouvelles fonctions, si elle a pris la peine d'acquérir quelques connaissances spéciales nécessaires pour les bien remplir et surtout si elle est bien pénétrée de cette idée : que l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène est encore plus utile au malade qu'à l'homme bien portant. Aussi, M. Bérillon donne-t-il un exposé rapide de ces connaissances, et de la façon la plus nette et la plus précise. Lorsque le médecin sera arrivé, on écoutera soigneusement ses conseils, de façon à exécuter soigneusement et intégralement son ordonnance. La convalescence mérite des soins particuliers ; de même des règles spéciales s'appliquent au traitement des enfants. Suit la nomenclature et la préparation des médicaments que la garde-malade peut préparer elle-même et administrer, et de ceux qu'elle ne peut employer que de l'avis du médecin. Signalons encore les règles à suivre en cas d'épidémie et la composition d'une pharmacie domestique.

Le livre de M. Bérillon n'exclura certainement pas l'usage d'autres manuels plus complets et en particulier de ceux qui ont été spécialement écrits pour l'École municipale d'infirmières de Paris, mais tel qu'il est conçu, il est appelé certainement à rendre les plus grands services aux personnes auxquelles il s'adresse.

II. Les différents rapports réunis en brochure par M. J. Teissier, et qui émanent tous de sa plume, sont surtout intéressants pour les habitants de Lyon. Toutefois, ils renferment des considérations d'hygiène générale appliquée, dont tous les médecins peuvent faire leur profit. A Lyon comme ailleurs, ce sont les quartiers les plus sales, ceux où l'adultération des eaux est fréquente, qui paient le plus lourd tribut à toutes les infections. La fièvre typhoïde paraît en outre être directement influencée dans sa production par les oscillations rapides de la nappe d'eau souterraine. A ce sujet, M. Teissier se montre en désaccord avec une opinion qui a beaucoup de partisans en Allemagne : que c'est au moment où cette nappe est très basse que les cas de dothiénentérie sont le plus nombreux. En ce qui regarde le choléra, rompant avec la tradition populaire qui fait de Lyon une ville à l'abri constant de ses attaques, M. Teissier, après avoir donné l'analyse de 27 faits authentiques développés pendant l'été de 1884, arrive à des conclusions qui sont fort importantes, vu surtout la notoriété scientifique de leur auteur. L'importation extérieure et la filiation des cas n'ont pu être sérieusement établies. Des causes *exclusivement personnelles* auraient présidé, la plupart du temps, au développement des cas observés, et parmi celles-ci, l'absorption exagérée de fruits, d'eau et de bière. Aucune *constitution prémonitoire* n'a précédé leur apparition. Les cas développés à Lyon n'ont jamais formé de foyers proprement dits et n'ont présenté entre eux aucune trace de filiation directe. Ces résultats, à l'exception toutefois de la constitution prémonitoire qui n'est plus guère en faveur, sont un peu en désaccord avec les opinions généralement admises, et auxquelles l'étude générale des dernières épidémies locales a donné une si forte consécration.

A cette brochure sont annexés un grand nombre de plans, tracés et courbes ayant trait à toutes les maladies infectieuses qui sévirent à Lyon pendant l'année 1884, et qui facilitent singulièrement l'étude de ces substantiels rapports. Gilles de la Tourette.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de la nutrition sur l'issue des maladies ;

Par M. le Dr Achard.

Gubler répudiait l'entité morbide et conséquemment le traitement scientifique; il n'entendait par médication qu'un ensemble de moyens destinés à triompher d'un ensemble de symptômes dont l'un d'eux, la dénutrition, ne fait jamais défaut.

La dénutrition est souvent la cause, et toujours la conséquence des désordres de l'économie; elle survient dans les conditions les plus opposées en apparence : les forces du tube digestif sont mises en péril par une nourriture insuffisante en quantité ou en qualité, et par une existence sédentaire; une vie trop active, une croissance rapide, une dépense nerveuse exagérée les compromettent également et empêchent souvent la recette de s'élever à la hauteur de la dépense.

Parfois aussi, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pleurésie, la bronchite, la fièvre typhoïde, la diarrhée, commencent la dilapidation des forces, la dénutrition devient alors effet et cause; l'appétit, ce précieux auxiliaire, nous abandonne; l'anorexie et l'intolérance de l'estomac deviennent quelquefois invincibles.

L'entité morbide peut disparaître, mais trop souvent la place est envahie par la phthisie, qui trouve le sol bien préparé à la recevoir.

La dénutrition enferme l'économie dans un cercle vicieux; elle apparaît lorsque les forces physiques sont prodiguées ou mises en péril par la maladie; elle continue son œuvre par la ruine des fonctions digestives, et elle achemine sans secousse l'organisme tout entier vers la banqueroute.

L'observation suivante est l'argument de cette thèse :

J'eus à soigner un cas de gangrène de la jambe chez une femme âgée; la gravité de l'état général avait anéanti les forces de l'estomac et tari les sucs digestifs ; la fétidité de la plaie ajoutait encore au dégoût de la malade, l'anorexie était complète, et les aliments n'étaient pas tolérés.

La dame N..., âgée de soixante-dix ans, n'avait jamais eu d'accident diathésique, mais sa constitution s'altéra profondément sous l'influence de l'âge et de chagrins de famille: elle perdit l'appétit, une rougeur de mauvaise nature apparut sur la jambe gauche, dont le tiers supérieur fut bientôt envahi par la gangrène, qui gagna successivement toute la peau, de la rotule aux malléoles, la partie postérieure de la jambe échappa seule. Les tissus profonds se mortifièrent, et bientôt commença l'élimination graduelle des aponévroses et du tissu cellulaire, on recourut même

à l'intervention chirurgicale, pour faciliter leur élimination. L'intolérance complète de l'estomac vint compliquer cet état déjà bien grave.

L'âge de la malade, l'étendue de la plaie, l'altération profonde des tissus mortifiés laissaient bien peu d'espoir; cependant, je ne renonçai pas à la lutte et je songeai à fournir à l'organisme les éléments indispensables qui lui permissent de résister à un processus si lent et si grave. La tâche n'était pas facile; la faiblesse était grande, l'anorexie complète; la malade ne supportait qu'un peu de vin sucré. J'essayai les poudres de viande dans du tapioca; elles furent rejetées. Je pensai à la peptone; la malade déclara qu'elle ne voulait plus rien prendre. C'est alors que j'eus l'idée de substituer au vin, qu'elle acceptait encore, le vin Defresne; pendant plus d'un mois, elle prit chaque jour 200 grammes de vin de peptone en quatre fois. Elle absorbait ainsi par jour, selon M. Defresne, 100 grammes de viande, 32 grammes de sucre et 32 grammes d'alcool.

Le résultat dépassa mes espérances : la plaie s'amenda, elle était pansée à l'eau alcoolique phéniquée. Le pus perdit son aspect grisâtre et devint blanc crêmeux; les bourgeons charnus marchèrent régulièrement, de la circonférence au centre. Pendant ce temps, l'anorexie avait disparu; la malade acceptait volontiers un œuf à la coque, de la crème sucrée, et enfin de la viande rôtie. Après trois mois de traitement, la cicatrisation était complète et tout danger avait disparu.

Chez ma malade, l'âge et la dépression morale avaient, on le voit, retenti sur la digestion et diminué la nutrition générale; la cachexie s'était traduite par de la gangrène. L'anorexie complète, l'intolérance de l'estomac, rendaient impossible l'entretien de l'organisme épuisé encore par une suppuration de mauvaise nature et la mortification des tissus.

La peptone, quatre fois plus riche que le vin en principes azotés et en phosphates, était indiquée ; mais devant la volonté de la malade, nous usâmes de subterfuge, et à l'aide du vin de peptone Defresne, nous nous rendîmes maître du symptôme le plus grave : la dénutrition.

CORRESPONDANCE

Nouvel appareil du professeur Pierre Loreta (de Bologne) pour la taille périnéale.

Pollenza-Branche (Italie), 21 janvier 1886.

Très honoré confrère,

Je vous remercie, et je remercie aussi M. le Dr Malherbe de l'analyse de mon article manuscrit sur l'appareil de cystotomie de M. le professeur P. Loreta (de Bologne), publiée dans le *Progrès médical*, 16 janvier 1886. Toutefois, je regrette de n'avoir été pas bien compris dans la description de l'instrument de prise. Celui-ci, en effet, ne résulte pas de deux cuillères; mais, au contraire, d'une seule cuillère avec des valves superposées et convexes, qui se développent en forme d'une ovoïde allongée, en tournant la tige intérieure du manche. L'instrument est très ingénieux, mais non pas compliqué; plutôt sa simplicité est admirable, quoique il apporte une perfection réelle aussi à la méthode combinée de la taille périnéale avec la lythotripsie. Quant à mon enthousiasme pour mon Maître et sa méthode, il n'est que trop justifié. Le bistouri articulé, et la cuillère composée de M. le professeur Loreta (je tiens beaucoup à l'établir, et à le déclarer) ont déjà été, plusieurs et plusieurs fois expérimentés et sur des cadavres, et sur des vivants. Et les résultats, s'ils ont été surprenants sur les cadavres, ont été de même, sans contredit, merveilleux sur les vivants, ou les tissus épargnés et non déchirés ont permis des guérisons définitives en moins de dix jours. Je dis donc, — et je vous prie de le croire — je ne parle pas *a priori*, mais d'après les constatations les plus rigoureuses de l'expérimentation et de la clinique. En Italie, l'appareil de Loreta est déjà entre les mains de tous les chirurgiens les plus estimés : cela étant, il faut bien dire qu'il doit posséder de grands mérites, et même donner de grands avantages et d'inespérés succès.

En vous priant de publier cette rectification, je vous renouvelle beaucoup de remerciements. Agréez l'assurance, etc

Dr Joseph LAPPONI.

VARIA

Banquet offert à M. Mathias-Duval.

Le vendredi 22 janvier un banquet a été offert à M. Mathias-Duval pour célébrer sa nomination de professeur à la Faculté de médecine. Plus de cent personnes ont répondu à l'appel du comité d'organisation, composé de MM. R. Blanchard, V. Laborde et P. Topinard, et se sont réunies dans la grande salle de l'hôtel Continental, sous la présidence de M. Gavarret, inspecteur général des Facultés de médecine.

La fête, qui s'est prolongée fort tard, n'a été qu'une longue ovation pour le jeune et savant professeur. Des toasts ont été portés par M. Gavarret, qui a rappelé la brillante carrière parcourue par M. Duval ; par M. Béclard, au nom de la Faculté; par M. Dastre, au nom des anciens élèves de Claude Bernard ; par M. Blanchard, au nom des élèves de M. Duval et au nom des agrégés : par M. Topinard, au nom de l'école d'anthropologie ; par M. J. Comte, inspecteur des beaux-arts, au nom de l'Ecole des beaux-arts; par M. le Dr Treille, député de l'Algérie, au nom des anciens élèves de la Faculté de Strasbourg. Enfin, M. Laborde, dans un discours éloquent, interrompu par de fréquentes salves d'applaudissements, a rappelé qu'il avait été collaborateur de M. Duval et lui a dit ce qu'on attendait de son dévouement à la science.

En somme, fête des mieux réussies et qui montrera au jeune maître combien de sympathies lui sont acquises et avec quelle unanime satisfaction a été salué sa nomination à la chaire d'histologie. N'ayant pu nous y associer personnellement, aucune invitation ne nous étant parvenue, nous sommes heureux de le faire par cette note.

Distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux de Paris.

Le mercredi 27 janvier devait avoir lieu, à deux heures, la distribution solennelle des prix aux élèves internes et externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. Le même jour, suivant l'usage, on devait proclamer les noms des Etudiants nommés Externes ou Internes à la suite des concours ouverts à la fin de l'année 1885.

La séance de distribution, présidée par M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, et quelques-uns des membres du jury des concours, fut ouverte à l'heure indiquée dans le grand Amphithéatre de l'Administration, avenue Victoria, au milieu du bruit traditionnel et du vacarme classique en pareille occasion. Chaque année, en effet, il en est ainsi : une foule énorme d'étudiants remplit l'Amphithéatre, toute disposée à applaudir les lauréats, mais aussi toute prête à protester si elle soupçonne la moindre partialité dans les opérations des concours.

La séance promettait cette fois d'être un peu plus agitée que de coutume en raison des divers incidents que nous avons signalés lors des premières épreuves du concours de l'Internat.

Toutefois au début le tapage n'eut rien d'exceptionnel, personne ne s'en étonna, et M. Peyron, accoutumé à ces bruyantes manifestations, commença son discours sans s'émouvoir. Bientot les interpellations directes devinrent plus répétées, les cris plus étourdissants (malgré de fréquents applaudissements), et il fut très difficile de saisir une phrase entière de la courte allocution de M. le Directeur général. Ce dernier, après avoir rappelé que le nombre des places d'internes est porté à 45, au lieu de 42 (bravos de tous les points de la salle), termine par l'énumération des noms des Internes et Externes, morts au champ d'honneur, dans le courant de l'année 1885. Ces paroles sont écoutées avec recueillement, et une salve d'applaudissements sympathiques vient dédommager l'orateur fatigué par de trop nombreuses, mais habituelles interruptions. Cet hommage public rendu à la mémoire des Etudiants qui succombent victimes de leur dévouement suffit pour calmer un instant la bruyante assemblée, et M. le Dr Comby, du jury de l'Externat, peut à son tour prendre la parole. Très aimé des élèves, M. Comby est d'abord entendu au milieu d'un silence relatif ; mais bientot, nouvelles interruptions sans rime ni raison et mécontentement d'une partie des auditeurs lorsqu'il se plaint de la faiblesse des épreuves du concours de l'Externat. On ne ménagea pas pourtant les bravos à la péroraison de son compte rendu.

M. Brelet, secrétaire général, essaie ensuite, mais en vain, de proclamer, au milieu d'un tumulte toujours augmentant, les noms des étudiants reçus Externes des hôpitaux ; pas un mot ne parvient aux oreilles des assistants.

M. Peyron prie l'assemblée d'être moins tapageuse, mais à ce moment une bousculade se produit au haut de la salle, le tumulte est à son comble; les médecins des hôpitaux, les hauts fonctionnaires de l'Administration, accoutumés cependant à de pareilles manifestations, jugent prudent (ce qui ne le fut guère, par parenthèse) de lever la séance et de se retirer, sans qu'on ait pu proclamer les noms des lauréats de l'Internat, ce que tout le monde attendait avec impatience.

A partir de ce moment, le vacarme devient indescriptible ; les Etudiants, froissés de voir la cérémonie finir en queue de poisson, recommencent le tapage dans des proportions plus gigantesques, brisent quelques verres de lampes, et tout se termine par un immense monome avec accessoires de circonstance (balais, brouettes, etc., pris dans la cour de l'administration). La police a eu le bon goût de ne pas se mêler de cette plaisanterie et a laissé les étudiants faire un pèlerinage à la statue de Bichat dans la cour d'honneur de la Faculté ; au bout d'une demi-heure il ne restait plus trace de ce désordre passager.

Les journaux politiques, selon leur coutume, ont beaucoup exagéré cette manifestation, qui certainement n'a aucune portée, et ne peut avoir la moindre conséquence. D'autre part, voulant expliquer malgré tout ce tapage, pour eux insolite, ils ont fait des confusions regrettables, invoqué des raisons non seulement fantaisistes, mais encore absolument erronées; par exemple celle-ci, « que le nombre réglementaire d'admissions à l'internat avait été cette année dépassé. » En résumé, les Etudiants ont profité comme à l'ordinaire de cette cérémonie pour fêter les succès de leurs collègues, un peu trop bruyamment, avouons-le, mais il ne faut voir là qu'un simple incident sans importance, sans parti-pris contre M. Peyron, incident aggravé sans nul doute par ce seul fait : la clôture *prématurée* de la séance par des hommes bien au courant pourtant des mœurs et coutumes universitaires.

Chronique des hôpitaux.

Hôtel-Dieu. — *Médecine.* — M. G. SÉE : chef de clinique : M. CAPITAN ; interne. M. Pignol. — M. MESNET : interne, M. Camescasse.—M. MOUTARD-MARTIN : interne, M. Jocqs.—M. EMPIS : interne, M. Panné.—M. GALLARD : interne. M. Secheyron. — M. BUCQUOY : interne, M. Marfan.—*Chirurgie*.—M. RICHET ; chef de clinique, M. Picqué ; internes, MM. Butruille, Lion, Coffin. — M. PANAS: chef de clinique, M. de la Personne ; internes, MM. Vallat, Villemin, Festal.—M. TILLAUX : internes, MM. Regnauld, Guillet.

Hôtel-Dieu (Annexe). — M. CORNIL : int. pro., Hautecœur. — M. MERKLEN : int. pro. Thouvenet. — M. LETULLE : int. prov., M. Despaignes.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* — M. JACCOUD : chef de clinique, M. Netter ; interne, M. Ménétrier. — M. DUMONTPALLIER : interne, M. Semelaigne. — M. BROUARDEL : interne, M. Richardière. — M. AUDHOUI : interne, M. Martha. — M. LANCEREAUX : interne, M Besançon. — M. CORNIL : interne, M. Toupet. — *Chirurgie.* — M. Verneuil ; chef de clinique, M. Verchère ; internes, MM Demoulin, Boiffin, Demars. — M. POLAILLON : internes, MM. Récamier, Dumort, Bureau.—M. MAYGRIER : int. M. Brunon.

Hôpital de la Charité.— *Médecine.* — M. HARDY : chef de clinique, M. Siredey : interne, M. Hischmann. — M. PETER : interne, M Martin de Gimard. — M. LABOULBENE : interne, M. Belin. M. DESNOS : interne, M. Gioux. — M. FÉREOL : interne, M. Grattery. — M. LUYS : interne, M. Delaine. — *Chirurgie.* — M. TRÉLAT : chef de clinique, M. Marchand ; internes. MM Gomet, Pozzi, Vignard.— M. DESPRÉS : internes, MM. Lefèvre, Gravery. — M. BUDIN : interne, M. Lancry.

Hôpital Saint-Antoine.— *Médecine.*— M. TROISIER : interne, M. Guinon.—M. TENNESON : interne, M. Lavie.—M. LANDRIEUX : interne, M. Demelin. — M. HAYEM : interne, M. Lesage. — M. RAYMOND : interne, M. Florand.—M. HUTINEL : interne, M. Jeanselme. — M. DIEULAFOY : interne, M. Carlier. — *Chirurgie.* — M. GILLETTE : internes, MM. Legrand, Maurin, Laskine.—M. MARCHAND : internes. M. Courbarien, Parmentier, Regnault.

Hôpital Necker. — *Médecine.* — M. POTAIN : chef de clinique, M. Petit ; interne, M. Lepage. — M. RENDU : interne, M. Gilly. — M. RIGAL : interne M Mérigot de Treigny. — M. BLACHEZ : interne, M. Baudouin. — *Chirurgie.* — M. LE FORT : chef de clinique, M. MÉNARD : internes, MM. Lejars, Villar, Leroy. — M. GUYON : internes, MM. Clado, Nourric, Potherat.

Hôpital Cochin. — *Médecine.* — M. GOURAUD : interne, M. Bouygues.— M. DUJARDIN-BEAUMETZ : internes, MM. Dubief, Jeanton. — *Chirurgie.* — M. Th. ANGER : internes, MM. Leriche, Valette, Chrétien.— M. BOUILLY : interne, M. Roulland. *Service provisoire de médecine:* M. GOMBAULT : int. prov., M. Dagron.

Hôpital Beaujon. — *Médecine.* — M. MILLARD : interne, M. Barbier. — M. GUYOT : interne, M. Girode. — M. GOMBAULT : interne, M. Godet. — M. FERNET : interne, M Derville. — *Chirurgie.* — M. LÉON LABBÉ : internes, MM. Brainé, Peraire, Planchart. — M. CRUVEILHIER : internes, MM. Mouls, Cazals, Wickam. — M. RIBEMONT : interne, M. Chartier.

Lariboisière. — *Médecine.* — M. SIREDEY : interne, M. Potocki. — M. PROUST : internes, MM. Budor, Lufel-Barbon. — M. C. PAUL : interne, M. Crivelli. — M. BOUCHARD : interne, M. Gilbert. — M. DUGUET : interne, M. Varnier. — M. GÉRIN-ROSE : interne, M. Léonard. — *Chirurgie.* — M. DUPLAY : internes, MM. Hartmann, Balluc. — M. B. ANGER : internes, MM. Dutil, Témoin. — M. PÉRIER : internes, MM. Vaquez, Barraud. — M. DELENS : internes, MM. Pinel-Maisonneuve, Cousin. — *Accouchements.* — M. PINARD : interne, M. Crespin.

Tenon. — *Médecine.* — M. LANDOUZY : interne, M. Roger. — M. STRAUS : interne, M. Blocq. — M. LACOMBE : interne, M. Leflaive. — M. DANLOS : interne, M. Gillet. — M. CUFFER : interne, M. Barbillion. — M. DREYFUS-BRISAC, interne, M. Widal. — M HANOT : interne, M. Lauth. — M. R. MOUTARD-MARTIN : interne, M. Leudet. — *Chirurgie.* — M. CHAMPIONNIÈRE : internes, MM. Jondeau, Legry. — M. BERGER : internes, MM. Champeil, Vignalou, Dautigny. — *Accouchements.* — M. BAR : interne, M. Lavaux.

Hôpital Trousseau. — *Médecine.* — M. TRIBOULET : interne, M. Hillemand. — M. CADET DE GASSICOURT : interne : M. Laffitte. — M. D'HEILLY : internes, Polguère, Bossulut. — *Chirurgie.* — M. LANNELONGUE : internes, MM. Weber, Achard.

Maternité. — M. LABADIE-LAGRAVE : interne, M. Bouttier. — M. CARNIER : interne, M. Berthod.

Clinique d'accouchement. — M. PAJOT : chef de clinique, M. Loriot.

Maison de santé. — *Médecine.* — M. LABBÉE : interne, M. Foubert. — M. LÉCORCHÉ : interne, M. Cahn. — *Chirurgie.* — M. SÉE : internes, MM. Baudouin et Mantel. — M. HORTELOUP : internes, M. Delagenière, Bruhl.

Bicêtre. — *Médecine.* — MM. le Dr MOIZARD. M. Hudelo : interne, M. Bourges, interne provisoire. — M. J. VOISIN : interne, M. Caussade, prov., M. Lostalot-Bachoué. — M. BOURNEVILLE : internes, MM. Conzette, Isch Wall ; prov. MM. Pilliet, Oustaniol. — M. CHARPENTIER : interne, M. Springer, prov. M. Mosny. — M. PEYROT : internes, M. Prioteau, M. Jonesco, prov. M. Gauthier (Jean).

Salpêtrière. — M. CHARCOT : chef de clinique, M. Babinsky ; interne, M. Berbez. — M. JOFFROY : interne, M. Klippel. — M. A. VOISIN : interne, M. Huet. — M. LEGRAND DU SAULLE : interne, M. Chaslin. — M. J. FALRET : interne, M. Rollin. — M. TERRILLON : interne, M. Jacquinot.

Incurables. — M. ROQUES : interne, M. Reboul : prov. M. Garnier. — M. MONOD : interne, M. Bouisson, prov. M. Thomas.

Enfants assistés. — M. SEVESTRE : internes, MM. Méry, Guinon, prov. M. Bellanger.— M. GUÉNIOT : interne, M. Cayla, prov. M. Aubert.

Hôpital Laënnec. — *Médecine.*— M. BALL : interne, M. Courtade. — M. FERRAND : interne, M. Wurtz. — M. DAMASCHINO : interne, M. Despréaux. — M. LEGROUX : interne, M. Duchon-Doris. — *Chirurgie.* — M. NICAISE : internes, MM. Delbes, Dubarry.

Service provisoire de médecine : M. CHAUFFARD : int. prov. MM. Mathieu-Sicaud, Lenoir.

Hopital Bichat. — *Médecine.* — M. HUCHARD : interne, M. Tissier. — M. GOUGUENHEIM : interne, M. Weber. — *Chirurgie.* — M. TERRIER : internes. MM. Bonnet, Renaud.

Hopital Andral. — M. DEBOVE : internes, MM. Achard, Vilcocq.

Hopital des Mariniers.— *Médecine.* — M. TALAMON (B.-C.) : interne prov., M. de Gandmaison. — M. BARIÉ : interne prov., M. Roussan. — *Chirurgie.* — M. RECLUS : internes provisoires, MM. Macry, Gommier.

Asile des Convalescents. — M. GOMBAULT (B.-C.) : interne prov., M. Dusseaud.

Hopital Saint-Louis. — *Médecine.* — M. FOURNIER : chef de clinique, M. BRUCET : interne, M. Vallin. — M. LAILLER : interne, M. Engelbach. — M. QUINQUAUD : interne, M. Moulonguet. — M. VIDAL : interne, M. Raymond. — M. BESNIER : interne. M. Jacquet. — M. HALLOPEAU : interne, M. Schachmann. — *Chirurgie.* — M. PEAN : internes, MM. Charles, Léonardon-

Laperveuche, Jouliard. — M. Le Dentu : internes, MM. Sébileau, Lyot, Pichevin. — *Accouchements* : M. Porak : interne, M. Jaille.

Services provisoires. — *Médecine.* — M. Oulmont : interne prov., M. Boulay. — *Chirurgie.* — M. Reygnier, internes prov., MM. Reblond, Sardou. — *Varioleux* : M. Comby, interne prov., M. Dupré.

Hôpital du Midi. — M. Mauriac : interne, M. Janet. — M. Du Castel : interne, M. Gautier. — M. Humbert : interne, M. Thiéry.

Hôpital de Lourcine. — M. Martineau : internes, MM. Deroche. Balzer : M. Grandhomme. — M. Pozzi : interne, de Tornery, prov., M. Pfender.

Enfants Malades. — *Médecine.* — M. Grancher ; chef de clinique, M. Variot : interne, M. Albarran. — M. Ollivier : interne, M. Rolland. — M. Labric : interne, M. Hontang. — M. J. Simon : interne, M. Gaume. — M. Descroizilles : interne, M. Plicque. — *Chirurgie.* — M. de Saint-Germain : internes, MM. Broussello, Didier.

Sainte-Périne. — M. Gingeot : interne, M. de Fleury : prov., M. Lyon.

Hospices des Ménages. — M. Robin : interne, M. Nicolle, prov., M. Mauny.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

5 février 1655. — *Nombre des Religieuses : Le Bureau hésite à les augmenter.* Cedict jour la mère Prieure, accompagnée de la soubz prieure est veneue au Bureau et a dit que monsieur Cramoisy et De Gomont ayant esté desputez par la Compagnie pour savoir les noms et le nombre des religieuses, elle avoit conféré avec eux. Il y a dix jours qu'elle leur avoit monstré ung livre escrit par monsieur Bourgeois, maistre de l'Hostel Dieu quant au spirituel qui contenoit les noms desdictes religieuses et que ledict Sr de Gomont en avoit faict lecture. Qu'elle avoit aussi faict dresser ung mémoire contenant la nécessité d'augmenter le nombre des religieuses dont fut faict aussi lecture, qu'elle avoit laissé ce mémoire entre les mains dudit Sr de Gomont pour en faire rapport à la Compagnie, ce qui a esté confirmé par lesdicts sieurs Cramoisy et de Gomont, et que le Sr de Gomont en la présence desdictes mères prieure et soubz prieure fait lecture à la compagnie de ce mémoire intitulé : Mémoire et estat du nombre des salles de malades de l hostel Dieu de Paris et des offices de la maison, et combien il y a de religieuses soit professes soit novices, ocupées au service desdittes salles et offices (1). Après la lecture faicte, ladicte mère prieure a représenté que la nécessite d'augmenter le nombre des religieuses paroissoit assez par cet estat. Qu encore qu'il y ait a présent *six vingtz huict* religieuses, il ne falloit pas pourtant compter sur ce nombre pour le service des pauvres. Qu elle avoit donné les noms de dix qui ne pouvoient plus servir, qu'il y en avoit encore beaucoup d'autres qui estoient dans la mesme impuissance, mais qu'elle n'en avoit pas mis le nombre pour ne point faire de division entre elles. En mesme temps, ladite mère Prieure pour l'execution des deliberations précédentes a mis sur le Bureau ung roolle des noms des religieuses qui sont à présent au nombre de six vingt huict, sans comprendre celles qui sont décédées ou sorties depuis que ce memoire a esté dressé, lesquelles elle a rayé, et a esté ledict roolle par elle certifié et du consentement de la Compagnie, mis entre les mains de monsieur Cramoisy pour en faire faire un registre suivant les deliberations précedentes et se sont lesdictes mères prieure et soubz prieure retirées, elles retirees, il a esté remis a un autre temps de deliberer sur la demande, affin d'augmenter leur nombre. (*Reg.* 22, p. 165)

16 avril 1655. — *Le Bureau tient bon contre les religieuses.* Sur ce qui a este represente par monsieur Perrichon que luy et monsieur de Gomont estant ce matin dans l Hostel Dieu, la mère Prieure luy a dit qu'il y avoit trois religieuses sorties depuis peu et qu'elle amenoit au Bureau une fille pour estre receue, a quoy il luy a esté respondu qu elle ne se donnast point la peine de venir au Bureau jusqu'a ce que l'on sceust l'intention de la Compagnie pour la réception de la religieuse attendu que le nombre de six vingtz n'etoit point encore reduit et qu'il estoit à propos qu elle ne vint pas au Bureau inutilement pour ce sujet, mais qu'il estoit besoing qu'elle donnast les noms des religieuses qui estoient sorties et comme on vouloit mettre l'affaire en délibération, monsieur Bourgeois maistre de l Hostel Dieu au spirituel est entré au Bureau et a dict qu'il apportoit un memoire de la part de la mère Prieure contenant le nom des trois filles qui estoient sortie depuis peu.

Ledit sieur Bourgeois retire, ledit sieur de Gomont a dit que la Compagnie se peut souvenir qu'il y a quelque temps que la mère prieure vint au Bureau pour demander l'augmentation des religieuses, et qu'il y fut leu un mémoire par elle donné à Monseigneur le premier président présent pour montrer la nécessité de les augmenter. Surquoy il ne fut rien résolu. Et monsieur Lhoste ayant demandé que le Registre feust apporté pour après la lecture des délibérations du 31 juillet 1654 et autres faites sur le mémoire du nombre des Religeuses qui estoient lors audict Hostel Dieu dont la mère prieure estoit demeurée d'accord et sur les formes qui devoient estre gardées pour advertir la Compagnie du deceds des religieuses quand il arriverait, ou de leur sortie, estre advisé ce qu'il y avait à faire pour l'execution d'icelles, le registre apporté et lecture faite de ladite delibération du trente un juillet et des autres sur le mesme sujet. La Compagnie a aresté que les délibérations seront exécutées selon leur forme et teneur que le mémoire contenant le nom des religieuses que monsieur Cramoisy a dict avoir entre ses mains sera mis au Greffe du Bureau, que les noms des religieuses depuis peu sorties suivant le billet presentement apporté par ledict sieur Bourgeois de la part de la mère prieure seront rayés sur ledit mémoire, qu'il ne *sera receu aucunes filles que le nombre des religieuses ne soit réduit à six vingtz* ce que le Bureau recevra par les mains de M. Bourgeois et non d'autres, les mémoires de la mère prieure contenant les noms des religieuses qui seront sorties ou decedées quand la mère prieure ou soubz prieure ne pourront venir en personne au Bureau (*Reg.* 22 P. 123 (verso)).

12 may 1655. — *Religieuse receue contre l'ordre du Bureau.* Monsieur Forne a dict que la Compagnie doit prendre garde que les résultats soient exécutez quand ils ont esté faits, M. Bourgeois, maitre dudict Hostel Dieu au spirituel estant veneu au Bureau le 16 du mois passé de la part de la mère Prieure pour scavoir si la Compagnie auroit agréable qu'elle vint au Bureau presenter une fille pour estre admise audict Hostel Dieu poiur religieuse et la Compagnie luy ayant dit qu'elle ne le pourroit à cause que le nombre desd. religieuses n'estoit reduit à six vingtz suivant les resolutions prises au Bureau, il a eu advis que ladite fille avoit esté admise dès le lendemain, ce qui a esté confirmé par M. Cramoisy qui a dit l'avoir apris de la bouche mesme de la mère Prieure et qu'au mesme temps ayant esté trouver monseigneur le premier président pour luy en faire ses plaintes ledit Seigneur luy respondit que ladite mère Prieure n'avoit point deub recevoir ladite fille. Surquoy la Compagnie ayant trouvé ces deux affaires de conséquence a remis d'en resoudre au premier jour en plus grande assemblée. (*Reg.* 22, P. 152.)

14 may 1655 — Après la lecture faite de l'ordonnance du dernier jour concernant la fille que l'on disoit avoir esté receue religieuse à l Hostel Dieu au préjudice du refus que la Compagnie avoit faite de l'admettre, attendu que le nombre n'estoit pas encore réduit à six vingtz, l'affaire mise en délibération, ladicte compagnie a esté d'advis que la mère Prieure sera mandée présentement pour scavoir d'elle si Elle a receu ladite fille, pour sa response ouye, estre deliberé. Ladite mère Prieure estant mandée et à l'instant veneue au Bureau accompagnée de la mère soubz prieure et enquise de ce que dessus, a dict qu'il est vray qu'elle a receu ladite fille, qu'elle a jugé qu'elle estoit necessaire à la maison a cause de trois autres qui en estoient sorties dans le mois précédent et qu'elle espéroit de la bonté du Bureau qu'il agreroit et en recevroit encore deux qu'elle avoit dessein d'y presenter y ayant beaucoup de religieuses malades caducques et infirmes et qu elle estoit pressée par ses sœurs à cause du grand travail, ce qui a este confirmé par la mère soubz prieure, Monsieur Delahaye leur ayant fait dire que la Compagnie ne desiroit autre chose d'elles que la recognoissance qu'elles avoient fait, elles se sont retirees et en se retirant ont adjouté que le nombre ne seroit point à charge aux pauvres malades.

La Compagnie a remis a delibérer, lorsque Mgr le 1er président seroit present.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 1er. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Ch. Richet.

Mardi 2. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Le Fort, Richelot ; — 2e partie : MM. Cornil, Duguet, Hanot.

Mercredi 3. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Lannelongue, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Fournier, Rémy.

Jeudi 4. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort. Duplay, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Peter, Lancereaux, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Duguet, Hutinel.

Vendredi 5. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Dieulafoy, A. Robin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trelat, Tarnier, Terrillon.

(1) Ce memoire n'existe plus.

SAMEDI 6. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Panas, Peyrot; — 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Ball, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 1er. — M. Cassine. Du sarcocèle syphilitique à début inflammatoire et douloureux. — M. Bregeat. Contribution à l'étude des gommes du pénis. — M. Lamoureux. Des appareils en anesthésie chirurgicale. — *Mardi* 2. — M. Filloux. Des ulcérations de l'amygdale. — M. Desfosses. Etude médico-légale sur les blessures par revolver. — *Mercredi* 3. — M. Hermantier. Tuberculose de la voûte palatine. — M. Delahaye. Du col de l'utérus à la fin de la grossesse. — *Vendredi* 5. — M. Broca. Etude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux (eczéma, syphilis, ecthyma). — M. Monnier. Introduction à l'étude de la coxalgie ; sur quelques points de physiologie chirurgicale du membre inférieur. — *Samedi* 6. — M. Legalcher-Baron. Des manifestations de la goutte sur les organes génitaux. — M. Omont. Excursion aux eaux minérales du Caucase. — M. Deschamps (Eugène). De la péritonite périhépatique enkystée.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr R. JAMIN, ancien interne des hôpitaux, vient d'ouvrir une clinique publique, 10, rue des Martyrs, et il y continuera ses consultations et opérations gratuites, lundi, mercredi et vendredi de 8 h. 1/2 à 10 h. du matin, mardi et vendredi de 6 à 7 h. du soir.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le Dr DURAND-FARDEL commencera ce cours le mardi 10 février, à cinq heures à l'Amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

Cours élémentaire de Gynécologie — M. le Dr S. POZZI, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours le lundi 1er février, à neuf heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. — A dix heures, visite des malades de la salle de gynécologie (Hôpital Pascal, annexe, salle A). Ce cours durera jusqu'à Paques et passera en revue les éléments de la gynécologie tout entière. — *Nota.* Tous les docteurs et étudiants en médecine peuvent assister à ce cours.

NÉCROLOGIE.

M. Jules Guérin.

M. Jules GUÉRIN est décédé à Hyères, le 25 janvier, après une courte maladie. Il était né à Boussu, alors dans le département de Jemmapes (Belgique), le 11 mars 1801 ; il vint à Paris en 1821, et y passa, en 1826, sa thèse sur l'*observation en médecine*. Propriétaire et rédacteur en chef de la *Gazette de santé* dès 1828, puis de la *Gazette médicale de Paris*, qui lui succéda (1830), où il se révéla polémiste de premier ordre et dont il conserva la direction jusqu'en 1872. En 1832, il se signala par son dévouement lors de l'épidémie cholérique ; il publia quelques travaux sur le choléra, entre autres : *Existence d'une période prodromique du choléra ; la diarrhée prémonitoire ; examen de la doctrine physiologique appliquée à l'étude et au traitement du choléra-morbus.* Il s'occupa ensuite d'une façon spéciale d'*orthopédie*, et, en 1839, il obtint la création d'une clinique orthopédique à l'hôpital des Enfants, et publia sur ce sujet de nombreux mémoires: *Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion dans le traitement des déviations latérales de l'épine* (1838) ; — *Mémoire sur les déviations simulées de la colonne vertébrale* (1838) ;— *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien* (1838) ; — *Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux* (1838) ; — *Mémoire sur les variétés anatomiques du pied-bot congénital* (1839) ; — *Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme* (1839), traduit en allemand par G. Weber (1847) ; — *Mémoire sur l'étiologie générale des déviations latérales de l'épine* (1840); — *Recherches sur les luxations congénitales* (1841); — *Premier mémoire sur les déviations de l'épine par la section des muscles du dos* (1843) ; — *Mémoire sur l'étiologie générale du strabisme* (1843). *C'est à l'occasion de ces travaux qu'un Rapport fut adressé à M. le délégué du gouvernement provisoire sur les traitements orthopédiques de M. Jules Guérin à l'hopital des enfants* (1848) ; *il était signé d'Orfila, Blandin, Royer, etc.*

Ses travaux sur l'orthopédie soulevèrent de violentes critiques et aboutirent même à des procès qui eurent un certain retentissement : d'abord avec Malgaigne, Vidal (de Cassis) et Henroz ; puis avec Henroz, rédacteur de l'*Expérience*. C'est au sujet de ces procès que J. Guérin avait publié un *Mémoire à consulter*, dans leque il a déployé toute son habileté, tout son talent, toute sa verve de polémiste (1844).

Pendant plusieurs années il fit des cours sur la *Chirurgie sous-cutanée* à l'hôpital des Enfants-Malades. Cet enseignement durait depuis cinq ans lorsqu'il fut suspendu, l'année des procès, par le Conseil général des hospices.

Parmi ses autres travaux, nous citerons : *Mémoire sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses* (1840) ; — *Essai sur la méthode sous-cutanée, sur les plaies sous-cutanées et générales et sur les plaies sous-cutanées des articulations* (1841) ; — *Essai de physiologie générale* (*lu à l'Académie des sciences*, 1843) ; — *La théorie organo-génésique de la fonction;* — *Théorie de la fièvre puerpérale ;* — *Essai sur la généralisation de la méthode sous-cutanée* (1856) ; — *Discours sur la tuberculose* (1868) ; — *De la mortalité des nourrissons et des moyens d'y remédier* (1870);— *Pansement des plaies par l'occlusion pneumatique* (1878) ; — *Etude sur l'intoxication purulente* (1879) ; *Histoire générale et particulière des difformités du tissu osseux* (1840) ; — *Œuvres du Dr Jules Guérin;* — *Recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant* (1880-82, avec atlas.) Ses travaux physiologiques lui méritèrent trois fois le prix Monthyon.

Cette liste est incomplète. Il faudrait toute une autre colonne du journal pour mentionner le titre de ses nombreux discours à l'Académie de médecine. Il n'est guère de discussion importante à laquelle il n'ait pris part depuis sa nomination.

Parmi les médecins qui ont marqué une trace profonde dans le journalisme médical, depuis 1830 jusqu'en 1870, trois d'entre eux ont occupé le premier rang : Amédée LATOUR, mort en 1882; Amédée DECHAMBRE, mort il y a une quinzaine de jours; enfin, Jules GUÉRIN. Le plus vigoureux par son talent, par ses travaux scientifiques originaux, c'était assurément Jules Guérin.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. - Du dimanche 17 janvier 1886 au samedi 23 janvier 1886, les naissances ont été au nombre de 1238 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 452; illégitimes, 179. Total, 631. — *Sexe féminin* : légitimes, 447 ; illégitimes, 160. Total, 607.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 janvier 1885 au samedi 23 janvier 1886, les décès ont été au nombre de 1176, savoir : 639 hommes et 537 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9 F. 3. T. 12. Variole : M. 2, F. 4. T. 6. — Rougeole : M. 13, F. 10, T. 23. — Scarlatine : M. 4. F. 0 T. 4. - Coqueluche : M. 3, F. 5. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 26, T. 47. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1.— Erysipèle: M. 1, F. 3 T. 4.— Infections puerpérales : 4 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 11 F 21, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 125, F. 70 T. 195. —Autres tuberculoses : M 18, F. 11. T. 29. —Autres affections générales : M. 29, F. 41. T. 70 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 40, T. 66 — Bronchite aiguë : M. 22 F. 20, T. 42 — Pneumonie : M. 80, F. 51, T 131. —Athrepsie : M. 31, F. 29 T. 60. — Autres maladies des divers appareils : M. 215 F. 184, T. 399. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 19, F. 5. T. 24.—Causes non classées M 9, F. 10, T. 19.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 75 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26; illégitimes, 13. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 11. Total : 31.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — La première épreuve définitive (leçon orale d'une heure après 24 heures de préparation) est commencée depuis le mercredi 13 janvier. Les questions suivantes ont été données aux candidats suivants : M. Lemoine, *de l'hémoglobinurie* ; M. Letulle, *de la compression lente de la moelle épinière* ; M. Barth, *de l'hyperesthésie* ; M. Déjerine, *des endocardites infectieuses* ; M. Gaucher, *de la mort subite* ; M. Brousse, *des épanchements hémorrhagiques des plèvres, péritoine et péricarde*; M. Sardat, *de la dypsnée dans les maladies rénales*; M. Weil, *des comas*; M. Lobet, *de la syncope* : M. Ballet, *de la syphilis tertiaire héréditaire*: M. Brissaud, *de la dénutrition dans les maladies*; M. Chuffard, *de l'hémiopie et de l'amblyopie dans les maladies des centres nerveux* ; M. Chauffard, *de la terminaison de la pneumonie aiguë* : M. Dubreuil, *des hystéries locales* : M. Lannois, *l'anorexie* ; M. Grenier, *de l'hyperthermie*; M. Simon, *forme fruste de la sclérose en plaques*.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — Les dernières questions orales posées ont été : *Vaisseaux du cœur, symptômes et diagnostic de la péricardite sèche aiguë ; muscles du voile, du palais, et symptômes de l'angine diphtérique ; nerf moteur oculaire commun et symptômes et diagnostic de la cataracte.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 15 janvier 1886, M. Hézail a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « *Recherches sur l'anatomie comparée de la tige des Dicotylédonées.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 29 janvier 1886, à 2 heures, M. Crosnier de Varigny soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la contraction musculaire chez les invertébrés.*

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — Par arrêté ministériel, un concours pour la place de chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole s'ouvrira le 2 avril 1886 à Clermont-Ferrand,

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par arrêté ministériel, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et chimie à ladite Ecole s'ouvrira le 4 novembre 1886 devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon,

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le 21 février 1886, il sera procédé à la mairie du XIVe arrondissement de Paris à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

HOPITAUX D'AMIENS. — MM. Lenté, Sarrazin et Mercier sont nommés, après concours, internes auxdits hospices.

HOPITAUX DE BORDEAUX. — Par suite de la nomination à l'honorariat de M. Demons, M. Gervais passe à Saint-André, M. Mandillon à Saint-André (nouveau service), M. Saint-Philippe à l'hôpital d'isolement ; M. Verdalley, adjoint, devient titulaire à l'Hospice Général ; M. Artigalas, adjoint, passe à Saint-André, M. Durand aux Enfants ; M. Bouvet, adjoint aux Incurables, passe au double service des vieillards et des incurables.

HOPITAUX DE MONTPELLIER — Sont nommés internes, après un concours, M. Rauzier, Bourguet et Guy. M. Ducamp est prolongé d'un an.

HOPITAL DE MUSTAPHA. — Le 7 juin 1886, à l'Ecole de médecine d'Alger, s'ouvrira un concours pour la nomination à une place de médecin à l'hôpital civil de cette ville. Se faire inscrire avant le 6 juin, au secrétariat de l'hôpital.

HÔPITAUX DE PARIS. — Les mutations suivantes dans les services de chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris ont eu lieu le 25 janvier 1886, par suite du dédoublement des services de chirurgie de l'hôpital Lariboisière : M. le Dr Périer prend le troisième service de chirurgie de l'hôpital Lariboisière et M. le Dr Delens prend celui des maladies des yeux au même hôpital, avec engagement d'y rester pendant cinq années ; M. le Dr Gilette remplace M. Périer à Saint-Antoine ; M le Dr Berger remplace M. le Dr Gilette à l'hôpital Tenon ; M. le Dr Peyrot, chirurgien du Bureau central, remplace M. Berger à Bicêtre et M. le Dr Bouilly, chirurgien du Bureau central, remplace M. Marchand, chirurgien-adjoint de la Maternité et chargé du service d'accouchements à l'hôpital Cochin.

HOPITAUX DE TOULOUSE. — A la suite du dernier concours sont nommés : M. Bézy, médecin-adjoint ; MM. Dupin et Cadène, chirurgiens-adjoints.

MUTATIONS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — *Pharmaciens* : Le 1er février, le Dr Bourquelot passe aux Enfants malades, en remplacement de M. Bourgoin, nommé Directeur de la Pharmacie centrale ; M. Lafont passe à Cochin (emploi nouveau), M. Leger est nommé à Trousseau, M. Gimbert à la Clinique d'accouchements.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Delaporte est nommé médecin de la Préfecture de la Seine et médecin en chef de l'octroi de Paris. — M. le Dr Delarue est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XXe arrond. à Paris.— M. le prof. Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires, près le ministère de l'instruction publique.

RÉCOMPENSES. — M. Vigier, pharmacien des hopitaux de Paris, est nommé chevalier de Légion d'honneur : M. Ballay, ancien médecin de marine, est promu au grade d'officier. Le prix de médecine navale a été décerné cette année à M. le Dr Bellamy (de Brest) pour son rapport sur le service médical du haut Senegal.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. *Prix Bertillon* : M. le Dr Bertillon a laissé en mourant, à la Société d'anthropologie de Paris, une somme de 5,000 fr., dont les arrerages devront servir à fonder un prix biennal, destiné à récompenser le meilleur travail envoyé sur un sujet concernant l'anthropologie.

GAZETTE HEBDOMADAIRE. — Par suite de la mort de M. Dechambre la rédaction en chef de ce journal passe à M. LEREBOULLET.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Zurich.* M. KRÖNLEIN, a été élu recteur de l'Université. — M. HORNER a donné sa démission, pour raison de santé, de professeur d'ophthalmologie. Le Conseil d'Etat lui a adressé une lettre de remerciements pour les services qu'il a rendus à l'Université.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les Drs GUILLEMAUT (de Louhans), TRAPENARD (de Bellenaves), FOURNIER (de Serrouville), NADAUD (d'Angoulême), PETITBIEN, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Marseille, Pierre LE BRETON (de Paris), BEZU (de Bourbonne), Jules MATZONN, ancien professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Kieff. — M. le Dr Jules GUERIN, décédé subitement à Hyères, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris. — Dr DRAPER, professeur à New-York.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

ENGELMANN (J.). — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs. Etude d'ethnographie et d'obstétrique. Edition française remaniée et augmentée par P. RODET. Avec une préface par A. CHARPENTIER. Volume in-8° de 388 pages avec 83 figures. — Prix : 7 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

RITTI (A.). — Eloge du professeur Ch. LASÈGUE. Lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 27 avril 1885. Brochure in-8° de 52 pages.

DUBOUÉ. — Traitement prophylactique et curatif du choléra asiatique. Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 2 fr.

DECLERCQ (Lud-Luc). — Du syphilôme chancriforme des organes génitaux. Volume in-8 de 166 pages. — Lille, 1885. — Imprimerie Le Bigot frères.

PINEL (Ph.) (Inauguration de la statue de) sur la place de la Salpêtrière, le 13 juillet 1885. Brochure in-8 de 36 pages. — Paris, 1885. — Imprimerie G. Rougier et Cie.

TEISSIER (M.-J.). — La Santé publique à Lyon pendant l'année 1884. — Principales maladies régnantes. — Fièvre typhoïde — Diphthérie. — Choléra. Brochure in-8 de 48 pages et 7 tableaux. — Lyon, 1885. — Imprimerie F. Plon.

ZINNIS (A.). — Du traitement de la diarrhée chronique chez les enfants. (Memoire lu à la Société de medecine d'Athènes). Brochure in-8 de 21 pages. — Athènes, 1885. — Imprimerie de C.-N. Thiladelphien.

CALVO (J.-R.). — Colerizacion Ferran. — Estadisticas de la inoculacion preventiva del colera morbo asiatico. — 1a série. — Brochure in-8 de 34 pages. — Valencia, 1885. — Imprenta y libreria de Ramon Ortica.

WINKLER (C.). — De plaats der psycho-pathologie als Hersenpathologie te midden der Klinische Wetensehappen. Brochure in-8 de 24 pages. — Dordrecht, 1885. — Van Elk.

HJELT (E.-A.). — Skrifter utgifna af Finska Lakaresallskapet vid dess Fintiosars fest. — I. En aterblick pa Finska Lascaresällskapets femtioariga verksamhet. Brochure in-4 de 98 pages. — II. Vetenskapliga uppsatser af SALTZMAN (F.), HOMEN (E.-A.), HEINRICIUS (G.), ENGSTRÖM (O.), HOLSTI (H.), SÆLAN (Th.), FAGERLUND (L.-W.), LINDEN (K.-E.), TIGERSTEDT (R.). Brochure in-4 d'environ 200 pages, avec figures et 2 planches hors texe. — Helsingfors, 1885.

MURGA (L.). — La verdad de la inoculacion anticolerica del Dr Ferran en relacion con la epidemia colerica en Valencia — Memoria presentada à la Excma diputacion provincial de Sevilla. Brochure in-8 de 119 pages. — Sevilla, 1885. — Imp. y Lit. de Jose Ma Ariza.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 6. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 FÉVRIER 1886

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

TROISIÈME LEÇON

La découverte de la bactéridie charbonneuse (1).

SOMMAIRE : Contestations de priorité : la première mention de la bactéridie date de 1850 et est due à Rayer-Davaine. — Mémoire de Pollender (1855). — Recherches de Brauell : il confond les bâtonnets charbonneux avec les « vibrions » de la putréfaction ; il ne revendique pour ces bâtonnets qu'une signification diagnostique et pronostique, et leur dénie tout rôle étiologique. — On conteste leur nature animée. — Recherches de Delafond (1860) : elles sont très remarquables pour l'époque : il institue les premières tentatives de culture ; il montre que les bâtonnets charbonneux vivent et végètent, en dehors de l'économie, sous forme de longs filaments.

Messieurs,

Il est rare qu'une découverte ne devienne pas le sujet de contestations de priorité ; celle de la bactéridie ne devait pas faire exception à la règle : les auteurs français s'accordent à attribuer cette découverte à Davaine et Rayer, la plupart des auteurs allemands la revendiquent pour Pollender et Brauell. Pour juger le débat, il importe de citer exactement et de confronter les textes.

En août 1850, Rayer communiqua à la Société de biologie une note intitulée : *Inoculation du sang de rate* (2), dont voici les passages les plus importants : « M. Collignon, inspecteur de l'abattoir de Montmartre, ayant remis le 16 juin, à M. Rayer, la rate d'un mouton atteint de la maladie connue sous le nom de *sang de rate* et abattu depuis quelques heures, M. Rayer a inoculé du sang provenant de cette rate à un mouton qui avait présenté des symptômes de *tournis*. Quatre piqûres ont été faites au pli de l'aine, de chaque côté, avec un bistouri à lame très étroite, imprégné du sang de cette rate malade ; quatre autres piqûres ont été pratiquées au-dessus de la lèvre supérieure. » La note relate ensuite les symptômes présentés par le mouton inoculé qui mourut du charbon au bout de quatre jours et signale les lésions trouvées à l'autopsie. Parmi ces lésions, voici le passage concernant le sang :

« Le sang, examiné au microscope, se comportait comme celui du mouton atteint de *sang de rate* qui avait servi à l'inoculation. Les globules, au lieu de rester bien distincts comme les globules du sang sain, s'agglutinaient généralement en masses irrégulières ; *il y avait en outre dans le sang de petits corps filiformes, ayant environ le double en longueur d'un globule sanguin. Ces petits corps n'offraient pas de mouvements spontanés* (3). » Dans le cours de la note, Rayer rappelle qu'il a pris part aux travaux de la commission de Chartres et mentionne pour ces recherches la collaboration de Davaine.

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, n° 1 et 4.
(2) *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biol.*, 1850, p. 141 ; — Cette note est reproduite intégralement in *Gaz. médicale de Paris*, 1850, p. 788.
(3) Ce passage n'est pas en *italiques* dans le texte original.

Voilà le premier document où se trouve signalée la bactéridie charbonneuse, destinée à devenir si fameuse. Sans doute Rayer ne se prononce pas sur la nature de ces « corps filiformes » ni sur leur rôle dans la maladie ; mais il les décrit avec une exactitude irréprochable ; en même temps, il signale l'état *agglutinatif* des globules rouges, si frappant et presque caractéristique du sang charbonneux.

Il ne faut pas s'étonner qu'une mention aussi sommaire ait passé longtemps entièrement inaperçue ; du reste, 13 ans s'écoulèrent pendant lesquels ni Rayer ni Davaine eux-mêmes ne revinrent sur ce point. Mais en 1863, dans sa première note sur le charbon, présentée à l'Institut, Davaine cite textuellement le passage précédent et y rappelle qu'il accompagnait Rayer à Chartres, qu'il pratiquait l'examen du sang des moutons et y trouvait constamment des corps filiformes. Néanmoins, M. Bollinger, dans ses recherches historiques sur le charbon s'exprime ainsi : « Davaine, dit-il, *prétend déjà avoir découvert les bâtonnets en* 1850 (*avec Rayer*). C'est avec raison que Brauell réfute ces revendications non fondées et il est singulier, en effet, de voir Davaine en l'an 1863 signaler les bâtonnets comme un fait nouveau et prétendre en même temps qu'il avait déjà découvert cette nouveauté 15 ans auparavant... Il est instructif, au point de vue de l'histoire des découvertes, de constater que des revendications aussi peu motivées purent être suivies de quelques succès (1). »

Si M. le professeur Bollinger, au lieu de s'exprimer avec ce doute un peu dédaigneux, avait consulté le document indiqué par Davaine dans sa note de 1863 et s'il s'était reporté aux *comptes rendus de la Société de biologie* de l'année 1850, il se fût sans doute prononcé différemment et aurait reconnu, en bonne justice, que la bactéridie charbonneuse avait été vue et décrite dès 1850 par Rayer et Davaine.

En 1855, Pollender fit paraître dans le *Journal de médecine légale et publique* de Casper un mémoire sur « l'examen microscopique et micro-chimique du sang charbonneux et sur la nature et le traitement du charbon (2). » Son examen porta sur le sang de cinq vaches mortes successivement avec tous les symptômes et les lésions anatomiques du charbon ; le sang fut prélevé en partie dans la rate, en partie dans les ecchymoses situées dans le voisinage des tumeurs charbonneuses ; l'examen eut lieu dans tous les cas 18 à 24 heures après la mort. Pollender signale la couleur noirâtre du sang, et ce fait qu'il ne rougit pas au contact de l'air.

« A l'examen microscopique, dit-il, pratiqué avec un excellent objectif, à fort grossissement, de Plössl, je constatai dans le sang charbonneux, outre les globules rouges, deux autres sortes de corpuscules : les « cor-

(1) Bollinger, *Historisches über den Milzbrand und die stabchenformigen Korperchen* (in *Beitrage zur vergleich. Pathol.* Munich, 1872, p. 8.)
(2) *Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung des Milzbrandblutes, sowie uber Wesen und Kur des Milzbrandes*, von Dr Pollender (in Wipperfurth), *Casper's Vierteljahrschrift f. gerich. u. öffent. Medicin*, Bd. VIII, 1885, p. 102-114.

puscules du chyle » (globules blancs) et des corpuscules en forme de bâtonnets (stabförmige Körperchen). » Pour ce qui regarde les globules rouges, Pollender, entre autres caractères, constate qu'ils avaient en partie perdu la faculté de glisser les uns sur les autres « à ce point que, dans quelques amas, les globules étaient entièrement collés les uns aux autres et par place même formaient une masse visqueuse » ; l'*état agglutinatif* des globules rouges, si caractéristique du charbon, ne lui avait donc pas échappé.

Les « corpuscules du chyle » se montrèrent très augmentés de nombre, et, relativement aux globules rouges, dans la proportion de 1 à 8 ; ils lui parurent aussi très augmentés de volume (1).

« La troisième et la plus remarquable espèce de corpuscules microscopiques trouvée dans le sang charbonneux, à un fort grossissement, fut une innombrable quantité de corps en forme de bâtonnets, extrêmement fins, d'aspect solide, pas absolument transparents, de même épaisseur sur toute la longueur, nullement onduleux ni munis d'étranglements, mais parfaitement droits et n'émettant pas de branches, de 1/400 à 1/200 de ligne de longueur et de 1/3000 de ligne de largeur. Ils avaient, quant à l'aspect, la plus grande analogie avec le *vibrio bacillus* ou le *vibrio ambiguus*, en faisant abstraction des ramifications et des dimensions plus grandes de ces protozoaires si ténus. Ils étaient sans aucune viscosité et parfaitement immobiles. L'eau, l'acide acétique, l'eau chlorée concentrée, l'acide chlorhydrique, l'acide sulfurique, la lessive forte de soude ne les attaquaient point. L'acide nitrique seul les dissolvait rapidement. La solution d'iode les colorait faiblement en jaune-clair et les rendait ainsi plus visibles.

« Sur l'origine et le mode de production de ces corpuscules remarquables et énigmatiques, je ne puis donner aucun renseignement.

« Ces corpuscules existent-ils dans le sang charbonneux déjà pendant la vie des animaux malades ou n'apparaissent-ils qu'après la mort de l'animal, comme un produit de fermentation ou de putréfaction ? Sont-ce des entozoaires ou des entophytes ? *Constituent-ils la matière infectieuse elle-même*, ou les *simples véhicules de cette matière* ou *n'ont-ils aucun rapport avec elle ?* Ce sont là des questions auxquelles je ne puis répondre (2). »

Il est un point cependant sur lequel il se prononce, c'est la nature de ces bâtonnets ; d'après leurs réactions chimiques « ils ne sauraient être ni des débris de fibrilles, ni de la fibrine, ni un corps protéique quelconque, car ces produits ont une réaction toute différente en ce sens qu'ils se dissolvent dans l'acide acétique et la potasse caustique et qu'ils résistent à l'acide nitrique.

« Leur réaction à l'égard de la potasse, de l'acide sulfurique, de l'acide chlorhydrique et de l'acide nitrique est au contraire tout à fait spéciale et implique plutot le caractère d'un végétal. »

Ce court travail de Pollender est tout à fait remarquable ; les caractères morphologiques et les réactions histochimiques des bâtonnets y sont indiqués avec une rigueur et une exactitude parfaites ; très judicieusement, en se basant sur les réactions chimiques, Pollender conclut à la nature végétale de ces produits ; et, s'il n'ose se prononcer sur leur rôle pathogène ni même sur leur existence dans le sang, *avant la mort*, du moins pose-t-il avec une singulière netteté les problèmes qu'il appartenait à l'avenir de résoudre

Mais tout en rendant justice, comme il convient, au mérite de ce travail, faut-il avec M. Bollinger et la plupart des auteurs allemands, attribuer exclusivement à Pollender la découverte de la bactéridie ? Pollender, dans son mémoire, ne mentionne pas la note de Rayer et il en faut conclure qu'elle n'est pas arrivée à sa connaissance. D'autre part, quoique son travail n'eût paru qu'en 1855, les autopsies de vaches charbonneuses qu'il y relate et qui servirent à ses recherches remontent à 1849. Les constatations des savants français et celles de Pollender peuvent donc être considérées comme ayant été faites parallèlement, et indépendamment les unes des autres, et l'honneur de la découverte doit être partagé entre eux. Mais il importe de savoir que la publication du mémoire de Pollender est postérieure de cinq années à celle de la note de Rayer.

Deux ans plus tard, Brauell, professeur à l'école vétérinaire de Dorpat, fit paraître son premier travail sur le charbon (1). Un chauffeur de l'amphithéâtre de dissection qui avait aidé à l'autopsie de plusieurs animaux morts du charbon, contracta une pustule maligne au bras droit et mourut du charbon ; avec du sang pris dans la veine cave supérieure du cadavre de cet homme, Brauell inocula un mouton qui mourut du charbon, et dont le sang servit à inoculer un second mouton, et il transmit ainsi par inoculations successives un charbon typique et mortel à d'autres moutons, à un cheval et à une jument. Il démontra ainsi expérimentalement ce fait tant contesté par un certain nombre d'auteurs, notamment par Heusinger, à savoir que le charbon peut se transmettre de l'homme aux animaux, non seulement par l'inoculation des seuls produits de la pustule maligne, mais aussi par le sang de la circulation générale.

Mais ce qui fait l'intérêt de ce travail, c'est le résultat de l'examen microscopique du sang. Le travail de Pollender venait de paraître et Brauell en avait pris connaissance. Il constata, aussi bien dans le sang de l'homme charbonneux que dans celui des animaux, la présence des corps filiformes décrits par Pollender. Il eut en outre soin, sur quelques animaux inoculés, d'examiner des échantillons de sang *quelques heures avant la mort*, et il y trouva les mêmes bâtonnets. D'où cette notion importante « que les bâtonnets ne sont pas un produit de décomposition apparaissant après la mort, mais se montrent déjà dans le sang vivant ».

En examinant du sang charbonneux frais ou âgé de 18 à 24 heures, Brauell y constata la présence de bâtonnets *immobiles* ; mais au bout de 3 jours (l'examen avait lieu en hiver), il crut voir « ces bâtonnets acquérir des *mouvements actifs*, indépendants du déplacement du liquide dans lequel ils se trouvaient. Ces bâtonnets, sans du reste présenter ni cils vibratiles, ni appendice d'aucune sorte, présentaient des mouvements très vivaces soit de tremblottement, soit de reptation

(1) Pollender attribue à l'augmentation du nombre des globules blancs un grand role dans la physiologie pathologique de la maladie ; pour lui, l'état asphyxique du sang serait dû en grande partie à l'obstruction des capillaires par ces globules blancs augmentés de nombre et de volume ; de là les stases sanguines, les apoplexies, les tumeurs charbonneuses et enfin l'asphyxie (*loc. cit.* p. 114.)

(2) *Loc. cit.*, p. 112-113.

(1) Brauell. *Versuche und Untersuchungen betreffend den Milzbrand des Menschen und der Thiere* (*Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1857, Bd. XI, p. 131-144). Ce travail a été partiellement traduit en français dans les *Arch. gén. de médecine*, 1857, 5e série, t. X, p. 474.

ou en spirale, se déplaçant d'un point à un autre en évitant les obstacles; les bâtonnets immobiles diminuaient en nombre à mesure que les mobiles devenaient plus abondants. »

Brauell en conclut que « les vibrions (c'est ainsi qu'il les désigne) que l'on rencontre dans le sang charbonneux sont d'abord immobiles, puis, au bout d'un certain temps, en général 3 jours après la mort de l'animal, ils deviennent mobiles. Si Pollender ne les a décrits que comme étant immobiles, cela tient à ce qu'il examinait le sang 18 à 24 heures après la mort (1) ».

On voit qu'à ce point de vue, Brauell fait reculer la question au lieu de l'éclaircir, et qu'il confond et regarde comme identiques les bâtonnets immobiles signalés par Rayer-Davaine et par Pollender avec les bactéries mobiles qui peuvent se développer plus tard dans le sang, sous l'influence de la putréfaction. Cette confusion, nous la reverrons reparaître ultérieurement jusqu'à ce que Davaine et Pasteur l'aient définitivement dissipée.

Brauell est si bien convaincu que « les vibrions » dont il s'agit ne sont pas des produits exclusifs au charbon, qu'il dit les avoir trouvés dans plusieurs cas n'ayant rien de commun avec cette maladie. Sur un cheval qui s'était fracturé la colonne vertébrale et qui fut sacrifié, il trouva dans le sang, 36 heures après la mort, des filaments et, au 7e jour, de nombreux vibrions très mobiles; de même sur une jument morte de stéatose hépatique, il dit avoir trouvé dans le sang de la veine cave, 3 jours après la mort seulement, des filaments immobiles et, plus tard, des vibrions.

Il en tire les conclusions suivantes :

« Des vibrions peuvent se développer dans le sang à la suite de maladies qui n'ont rien de commun avec le charbon, même avant l'établissement apparent de la putréfaction.

« Nous ne pouvons donc pas considérer les vibrions comme des productions appartenant exclusivement au charbon; mais il faut noter que dans le charbon, ils présentent cependant une particularité, c'est le moment de leur apparition. Dans le charbon, ils ne se produisent pas uniquement plusieurs heures ou plusieurs jours après la mort, mais immédiatement après et même avant la mort. Ils peuvent donc fournir un moyen de diagnostic anatomique du charbon, si toutefois on a l'occasion de pratiquer l'autopsie dans les premières heures qui suivent la mort. »

En résumé, Brauell identifie le bâtonnet de Pollender avec les vibrions de la putréfaction, avec cette seule différence que ce vibrion apparaîtrait dans le sang charbonneux beaucoup plus rapidement que dans les autres maladies, dès le moment de la mort et du vivant même de l'animal. Ce n'est ni sa nature, ni sa présence qui est caractéristique du charbon, mais seulement la précocité de son apparition dans le sang.

Dans un nouveau travail, publié l'année suivante (2), Brauell relate les résultats de nouvelles expériences d'inoculation; il constate que les chiens et les poules sont à peu près réfractaires; il observe que les bâtonnets apparaissent en général dans le sang des animaux charbonneux 1, 2 ou 3 heures, exceptionnellement déjà 8 heures avant la mort; tous les animaux dans le sang desquels ils ont été rencontrés succombèrent sans exception. Les bâtonnets faisaient défaut dans le sang des animaux qui devinrent malades à la suite de l'inoculation, mais qui guérirent : on peut donc attribuer à ces bâtonnets une certaine valeur pronostique.

La conclusion suivante est à relever : « L'inoculation du sang d'un cheval charbonneux a déterminé un charbon mortel, *quoique ce sang ne renfermât pas de bâtonnets. Il en résulte que ces bâtonnets ne constituent ni le contage lui-même, ni les véhicules du contage* ».

La dernière conclusion est la suivante : « Les embryons des animaux morts du charbon ne présentent pas, à l'examen anatomique, les lésions du charbon. Leur sang ne montre rien d'anormal; l'inoculation de ce sang demeure sans résultat; il en faut conclure que le charbon ne se transmet pas de la mère au fœtus ». J'aurai à revenir plus loin sur cette dernière conclusion, que mes recherches, faites en collaboration avec M. Chamberland, ont démontrée inexacte.

Enfin, Brauell revient sur ses constatations antérieures et rappelle de nouveau que les bâtonnets immobiles dans le sang charbonneux frais se transforment en vibrions mobiles au bout de 3 à 4 jours.

Dans ce nouveau travail, Brauell prend une position bien nette : pour lui, les bâtonnets ou « vibrions » que l'on rencontre dans le sang charbonneux sont identiques à ceux que l'on observe, plus ou moins longtemps après la mort, dans le sang des animaux sains ou ayant succombé à diverses maladies; seulement, ils apparaissent plus rapidement dans le sang charbonneux, qu'ils envahissent même avant la mort de l'animal. Ce fait est propre au charbon. Les bâtonnets continuent donc à avoir pour Brauell une *valeur diagnostique et pronostique* incontestable, mais il leur refuse décidément toute *signification étiologique*.

Leisering (1) confirma en 1858, par des observations sur le charbon régnant en Saxe, les données de Brauell et ses idées sur la valeur diagnostique des bâtonnets; mais pour lui ces bâtonnets ne représenteraient pas des vibrions mais des filaments fibrineux ou des débris de tissus. En 1860, il leur contesta même cette valeur diagnostique puisqu'il ne put les retrouver dans le sang de porcs atteints de typhus, qu'il regardait comme une maladie charbonneuse. Un autre vétérinaire, F. Müller, regarda également les baguettes charbonneuses comme étant des cristaux du sang, se produisant de préférence dans le sang charbonneux (2).

Ici se place chronologiquement un travail extrêmement remarquable de Delafond (3). Une discussion s'était ouverte, en 1860, à la *Société centrale vétérinaire* sur une maladie sévissant sur les chevaux de la Compagnie des Petites Voitures de Paris. Les avis étaient fort partagés sur ce que l'on appelait, faute de pouvoir se mettre d'accord, la *maladie régnante*. Delafond la déclara être la fièvre charbonneuse, en se basant sur l'examen du sang où il avait toujours constaté la présence des corps particuliers caractéristiques dont il rapporte la découverte à Brauell et à Pollender (4).

(1) *Loc. cit.*, p. 142.

(2) *Weitere Mittheilungen uber Milzbrand und Milzbrandblut* (*Virchow's Arch.*, 1858, Bd. XIV, p. 432-466).

(1) Cité par Bollinger, *loc. cit.*, p. 5.

(2) F. Müller, *Physiol. der Haussaugethiere*, Wien, 1862, p. 163 (citation empruntée à Bollinger).

(3) Communication sur la maladie régnante (*Bull. de la Soc. cent. vétérin.* in *Recueil de méd. vétérinaire*, 1860, t. XXXVII, p. [illegible]).

(4) Le sang d'un de ces chevaux et celui d'un [illegible] avec du sang d'un cheval ayant succombé à la maladie régnante » furent [illegible] par M. Signol à [illegible] de M. [illegible] qui, dans les deux cas, reconnut la présence des bâtonnets (*Recueil de méd. vétérinaire*, 1860, t. XXXVII, p. 668.)

« Pour moi, dit Delafond, j'ai observé ce produit pathologique dans le sang charbonneux du mouton le 15 août 1856, et depuis lors je me suis attaché à l'étudier de nouveau, à le transmettre par l'inoculation, à en étudier le mode de formation et le développement et à reconnaître s'il était cause ou effet du charbon. J'ai constaté les corps particuliers du sang charbonneux, soit pendant la vie, soit après la mort, sur 125 animaux, dont 10 chevaux, 15 bêtes bovines, 60 moutons et 40 lapins. Sur 70 de ces animaux, le charbon existait naturellement, et sur 55 il avait été inoculé avec la lancette.

« Sur les 70 animaux atteints du charbon spontané (non inoculé) les corps charbonneux ont été constatés dans le sang et la lymphe accumulés dans les ganglions, soit immédiatement, soit peu de temps après la mort.

« Sur les animaux auxquels j'ai transmis le charbon, des examens du sang ont été faits d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, de quart d'heure en quart d'heure et même de dix minutes en dix minutes, à compter du moment de l'inoculation jusqu'à l'instant de la mort. Or, dans tous ces examens, je n'ai aperçu les corpuscules charbonneux que de une heure à cinq heures après la constatation des premiers symptômes objectifs décelant l'infection charbonneuse.

« Après leur apparition, ces productions augmentent en nombre de quart d'heure en quart d'heure avec le progrès du mal, enfin on les aperçoit en quantité parfois considérable peu d'instants avant la mort. *Alors qu'elles apparaissent, on peut assurer que l'animal n'a plus que peu d'heures à vivre.* Nous avons vu des moutons, des lapins inoculés, les montrer dans leur sang et conserver toutes les apparences de la santé, à part pourtant une tuméfaction plus ou moins notable des ganglions lymphatiques voisins de la piqûre. Néanmoins le microscope nous assurait que ces animaux devaient mourir bientôt et il ne nous a point trompé sur tous les 55 sujets soumis à notre expérimentation. »

Delafond donne ensuite la description des moyens à employer pour déceler les corps charbonneux dans le sang et dans les fragments de tissus. Il recommande d'étaler le sang en couche extrêmement mince sous la lamelle à couvrir ou de l'étendre d'un peu d'eau *pure* qui décolore les globules rouges et met les bâtonnets mieux en évidence. Il montre que lorsque le sang s'est coagulé, c'est dans le caillot surtout que sont emprisonnés les bâtonnets, qui sont rares dans le sérum ; de là l'utilité de dissocier, à l'aide d'aiguilles, un très petit fragment du caillot dans une goutte d'eau. Comme le fait justement remarquer M. Toussaint, beaucoup d'observateurs qui ont nié la présence des bactéridies dans le sang ou dans les produits charbonneux, se seraient évité cette erreur s'ils avaient suivi les sages préceptes de Delafond.

Après avoir montré que les baguettes apparaissent ordinairement dans le sang quatre à cinq heures avant la mort, Delafond insiste sur ce fait que leur nombre augmente progressivement à mesure qu'on approche des derniers moments de la vie. Il étudie bien leur répartition, leur quantité considérable dans les ganglions lymphatiques avoisinant le lieu d'inoculation, dans la rate, le poumon, les reins, le foie, leur rareté relative dans les organes encéphaliques et dans les muscles. Enfin, il décrit avec le plus grand soin les caractères physiques et chimiques des bâtonnets, leur immobilité, leur résistance aux acides et aux alcalis.

Delafond examine ensuite l'opinion émise par Pollender et Brauell qui croyaient que les corpuscules charbonneux, immobiles dans le sang frais, devenaient mobiles plusieurs jours après que le sang était retiré des vaisseaux ; il montra que les bâtonnets mobiles qui se développent dans le sang (charbonneux ou non) abandonné à l'air, n'étaient autres que les vibrions communs de la putréfaction (*vibrio lineola, bacterium termo*) et que pendant ce temps, les baguettes charbonneuses se détruisaient sans jamais devenir mobiles. Il montre en outre que les infusions végétales ou animales chargées des vibrions de la putréfaction et injectées dans le sang des lapins, demeurent sans effet ou tuent les animaux avec des lésions toutes différentes du charbon.

Mais la partie la plus originale de la communication de Delafond est celle où il cherche à prouver que les baguettes charbonneuses sont des cryptogames et où il relate les essais de culture auxquels il s'est livré ; ces essais sont à coup sûr les premiers qui aient été tentés sur un organisme pathogène. Ici encore il est intéressant de laisser la parole à Delafond :

« J'ai examiné les baguettes avec les plus forts grossissements, mais sans leur reconnaître l'organisation cellulaire qui appartient aux végétaux cryptogamiques ; néanmoins j'ai cherché à m'assurer si ces baguettes pouvaient s'accroître en longueur et en diamètre, étant placées dans les conditions favorables à la végétation des cryptogames.

« Du sang charbonneux, provenant d'un mouton mort du charbon inoculé, a été déposé dans de petits vases en verre à ouverture élargie et placés à l'air libre, les uns dans une température de 8 à 10°, les autres dans une température de 10 à 15°. Après quatre jours, les baguettes avaient augmenté du double et du triple de leur longueur, mais en conservant à peu près le même diamètre ; après huit à dix jours leur longueur avait quadruplé et quintuplé.... Dans cette expérience, la végétation cryptogamique ayant été favorisée, les filaments charbonneux avaient donc pris un très grand accroissement, ou, en d'autres termes, une véritable végétation avait été évidemment produite.

« Ces dernières expériences m'ayant démontré d'une manière déjà satisfaisante que les filaments charbonneux étaient une matière organique végétale, j'ai dû pousser plus loin les expériences que j'avais entreprises, et chercher à obtenir un développement complet de cette production, *c'est-à-dire lui faire donner des spores ou des graines* ; mais, malgré les expériences variées et nombreuses auxquelles je me suis livré, je n'ai pu encore atteindre ce résultat important. J'espère pourtant qu'en multipliant et variant mes expérimentations je pourrai atteindre un développement entier du cryptogame. Quoiqu'il en soit, il me paraît, je ne puis dire certain, mais pourtant extrêmement probable que, dans le sang vivant des animaux atteints de fièvre charbonneuse, circulent quelques temps avant la mort et se multiplient prodigieusement des filaments de nature végétale, pouvant s'accroître lorsque le sang retiré des vaisseaux est mis dans des conditions favorables à la végétation, et donner lieu à un mycelium très remarquable formé de nombreux filaments déliés ». (1)

Ce passage est extrêmement remarquable, si l'on songe à l'époque où il a été écrit (1860), un an seulement après la publication du premier travail de M. Pasteur sur la fermentation alcoolique, quinze ans avant le mémoire de M. Koch. Pour montrer que ces « baguettes charbonneuses » sont bien des corps organisés, vivants, et non des cristaux ou des débris de tissu, Delafond a trouvé l'argument décisif, *la culture*. Sans doute les procédés auxquels il a eu recours étaient tout à fait primitifs, car les méthodes si délicates et si puissantes inventées par M. Pasteur ne trouvaient encore leur application que dans le domaine des fermentations ; mais malgré l'imperfection de ces procédés, le professeur d'Alfort réussit cependant à constater le fait, si important, de la végétation filamenteuse de la bactéridie cultivée, en dehors de l'économie, *in vitro;* et l'on peut voir, par la citation précédente, que la recherche des spores ou des graines le préoccupait vivement,

(1) Delafond. *Loc. cit.*, p. 735-736.

quoiqu'il l'ait poursuivie sans succès. A ces divers points de vue, il faut reconnaître que Delafond a été un véritable précurseur.

Quant à la question de décider si « les baguettes charbonneuses sont la cause ou l'effet de la fièvre charbonneuse », Delafond ne l'aborde qu'avec la plus grande réserve. « Ce qui est certain quant à présent, dit-il, c'est que par l'inoculation à un animal bien portant d'un vingtième de goutte de sang contenant une minime quantité de filaments charbonneux, on transmet le charbon et que, dès lors, l'on voit se multiplier prodigieusement ces petits corps étrangers dans le sang, la lymphe et le tissu des organes. Je suis loin de prétendre que ce soient ces productions qui engendrent le charbon et que la nature propre du virus qui transmet la maladie soit due à leur existence; mais je dois faire remarquer que le sang des animaux charbonneux me paraît avoir acquis une constitution morbide favorisant essentiellement la multiplication de ces productions. »

Comme on le voit, Delafond était encore trop retenu par les idées traditionnelles, il ne se sentait pas assez sûr de ses observations pour oser résoudre la grave question qu'il soulève. Il fallait faire un pas de plus, et ce pas décisif fut accompli par Davaine.

(A suivre.)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

DIXIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — *Les lymphatiques à la période primaire.* (Adénopathies, lymphangites primaires). — *Marche du virus syphilitique.* — *Racines du chancre.*

A. — *Des adénopathies primaires.* Fréquence ; Date d'apparition ; siège ; nombre ; volume ; consistance ; indolence ; aphlegmasie. — Adénopathies anormales dans leur aspect et leur évolution (Exemples). — Où s'arrête l'adénopathie primaire ? Envahissement successif et de proche en proche des ganglions (Exemples). — Persistance de l'adénopathie. — Importance diagnostique de l'adénopathie ; lorsque le chancre existe encore; lorsque le chancre a disparu (Exemples).

B. — *Des lymphangites primaires.* — Fréquence ; siège, caractères cliniques. — Sont-elles spéciales aux chancres des organes génitaux ? — Lymphangites des gros vaisseaux lymphatiques. — Lymphangites réticulaires. — Œdème lymphangitique. — Ces lymphangites sont presque toujours aphlegmasiques. — Comparaison clinique et anatomo-pathologique entre les lésions des lymphatiques à la période du syphilôme primaire et les lésions des lymphatiques aux périodes ultérieures de la syphilis (Exemples).

C. — *Marche du virus syphilitique.* — Comparaison entre la marche du virus syphilitique et la marche du virus tuberculeux dans les expériences d'inoculation. — Le syphilome primaire est-il un accident local, un foyer virulent où s'élabore le virus ou non ? — *Racines du chancre* : — Lymphatiques ; vasculaires sanguines ; conjonctives. — L'organisme est-il infecté d'une façon générale dans les premiers jours de l'apparition du syphilome primaire ? — Discussion.

Les lymphatiques à la période du syphilôme primaire (Adénopathies. Lymphangites primaires). — Marche du virus syphilitique. — Racines du chancre.

Messieurs,

Voici donc le chancre étudié complètement et suivi dans son évolution. Après l'étude du chancre vient celle de son satellite fatal, l'*adénopathie*.

A. Messieurs, l'adénopathie n'est pas une complication survenant par hasard, c'est au contraire le corollaire, le satellite fatal, obligé, nécessaire du chancre. Cette adénopathie s'accompagne fréquemment de *lésions des vaisseaux lymphatiques*, que nous aurons également à étudier.

L'ADÉNOPATHIE, a dit Ricord, accompagne aussi fatalement le chancre que l'ombre suit le corps. En effet, Messieurs, l'adénopathie peut être considérée comme constante ou du moins presque constante. Jullien, en réunissant plusieurs statistiques, nous montre que l'adénopathie a manqué, ou pour mieux dire n'a pas été constatée, seulement 37 fois sur 1,367 chancres. Il est très di- ficile de déterminer d'une façon précise la date d'app- tion de l'adénopathie. D'après Fournier, elle se mo- en général dans le deuxième septenaire qui su- chancre. Peut-être, et cela paraît probable, se mo- t-elle plus tôt; mais, en tous cas, elle n'est guère ap- ciable avant le septième jour. Il m'est arrivé plusie- fois de voir des malades, et des malades très mai- (par conséquent chez lesquels l'exploration des g- glions était facile) au troisième ou quatrième jour leur chancre. Ils n'avaient pas d'adénopathie ingui- nale.

Siège. — L'adénopathie se montre au niveau des ganglions, où se rendent les lymphatiques partant de la région où siège le chancre. Ainsi, par exemple, comme vous l'avez constaté dans nos salles, c'est au niveau des ganglions inguinaux qu'il faut chercher l'adénopathie des chancres des organes génitaux. C'est au niveau des ganglions sous-maxillaires que siège l'adénopathie d'un chancre de la lèvre. C'est à l'épitrochlée que siège l'adénopathie des chancres de la main.

Chez un étudiant dont je vous ai déjà parlé, c'est au creux poplité que se trouvait un gros ganglion, lequel m'a fait découvrir un chancre situé entre les orteils. — Où siégeait l'adénopathie des chancres du sein chez les malades de notre service ? C'était à l'aisselle.... Je pourrais multiplier ces exemples.

Messieurs, cette adénopathie primaire est en général une adénopathie poly-ganglionnaire. D'où le nom de pléiade que lui a donné Ricord. Chez les malades que je vous présente atteints de chancres de la verge, vous voyez que l'adénopathie inguinale se présente sous forme d'un chapelet de trois à six ganglions. Mais vous concevez bien que, selon la juste remarque de Fournier, l'adénopathie est fatalement monoganglionnaire, dans les régions où un seul ganglion est l'aboutissant exclusif d'un seul département tégumentaire.

Chez la petite fille que je vous présente atteinte d'un chancre de la commissure labiale, il n'existe qu'un seul ganglion sous-maxillaire, mais en revanche ce ganglion est volumineux. D'ailleurs, dans la pléiade ganglionnaire il y a presque toujours un ganglion plus volumineux que les autres. C'est sans doute le ganglion où aboutissent directement les vaisseaux lymphatiques partant du chancre, c'est le ganglion anatomique de Ricord.

Quant au *volume* de cette adénopathie, c'est, comme le dit Fournier, une adénopathie minime ou moyenne comme développement si on la compare aux ganglions de la strume, du cancer, de l'adénie, etc. Le volume du ganglion oscille entre celui d'un gros pois, d'une noisette, d'un œuf de pigeon. Parfois, ces ganglions peuvent être beaucoup plus gros, tel est le cas d'un homme de notre salle des vénériens, qui présentait des ganglions inguinaux gros comme des œufs de poule. Les

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29 33, 35, 38, 41, 49 et 50, 1885.

adénopathies sous-maxillaires sont souvent volumineuses, tel est le cas de cette petite fille que je vous présente, qui porte un ganglion sous-maxillaire unique, mais gros comme une mandarine. Vous avez vu des ganglions de l'aisselle, consécutifs à des chancres du sein, gros comme de petites oranges.

La *consistance* de cette adénopathie présente quelque chose d'assez caractéristique. C'est une dureté *sui generis*, cartilagineuse, chondroïde, élastique. On croirait, dit Ricord, l'induration du chancre transportée dans les ganglions. Et en effet, Messieurs, il s'agit bien ici d'un syphilôme, d'un syphilôme ganglionnaire. Tou-fois, ne vous abusez pas sur la valeur de cette nsistance. Cette dureté ne présente qu'une valeur nostique relative ; elle peut ne pas être nette chez syphilitiques, et d'autre part vous avez souvent até dans nos salles des adénopathies de consis- presque similaires chez des sujets nullement sy-litiques.

.es ganglions sont indépendants les uns des autres es tissus voisins. Ils roulent sous le doigt. Cela tient absence de réaction inflammatoire ambiante. Il ne agit pas ici d'inflammation ganglionnaire spécifique, mais de syphilôme ganglionnaire. Cette adénopathie est indolente. Il n'existe à son niveau ni douleur spontanée, ni douleur provoquée. Aussi les malades ignorent-ils souvent l'existence de cette adénopathie, aussi faut-il la chercher pour la trouver.

En effet, Messieurs, cette adénopathie est une adénopathie aphlegmasique. Elle ne s'accompagne ni de rougeur, ni de douleur, ni de chaleur, elle n'aboutit pas à la suppuration. Je le répète encore, c'est un syphilôme ganglionnaire, ce n'est pas une inflammation du ganglion. Cette absence de phénomènes inflammatoires explique l'absence d'adhérence, l'indépendance des ganglions qui roulent sous le doigt, l'absence de suppuration et de douleurs, la dureté spéciale de l'adénopathie, etc. De tout ceci résulte un fait d'une grande valeur diagnostique : le bubon suppuré témoigne contre l'hypothèse syphilis, contrairement à ce que pensent les malades.

Tels sont les caractères ordinaires, j'oserais presque dire constants, du syphilôme ganglionnaire primaire.

Cependant, dans certains cas, cette adénopathie peut se présenter sous un aspect anormal. L'adénopathie peut manquer ou, pour mieux dire, ne pas être constatée. Nous avons vu qu'elle n'a pas été constatée dans 37 cas sur 1,367. Dans ces observations, il faut distinguer, car l'absence de constatation n'est pas la même chose qu'absence d'adénopathie. Or, l'adénopathie peut échapper par suite de l'état lymphatique du malade dont les ganglions étaient engorgés antérieurement. Elle peut échapper par suite de l'embonpoint excessif de certains sujets. Le phagédénisme et d'autres accidents inflammatoires peuvent en outre masquer l'adénopathie. Mais dans certains cas (3 fois sur 265), l'adénopathie a manqué totalement (Fournier). Y aurait-il eu dans ces faits absorption directe du virus syphilitique par le sang ? Il serait intéressant d'étudier avec soin dans des cas analogues la date d'apparition et l'évolution ultérieure des accidents secondaires. Nous y reviendrons.

L'adénopathie peut être anormale par son volume. Elle peut être minuscule. Elle peut être énorme. Les ganglions peuvent devenir gros comme des oranges. Vous l'avez constaté chez quelques-uns de nos malades, et en même temps, vous avez pu observer que parfois ces ganglions devenaient douloureux et tendaient à s'enflammer. Je vous ferai remarquer en passant que le volume de l'adénopathie n'est pas toujours en rapport direct avec celui du chancre. Je vous ai montré récemment un malade atteint d'un chancre nain de la verge, et qui présentait une adénopathie inguinale considérable (1). On voit quelquefois les ganglions se grouper en une masse constituée par plusieurs ganglions réunis entre eux par des cordons lymphatiques très épaissis, comme l'a bien montré Bassereau.

Très rarement, mais vous en avez pu voir cependant quelques exemples (N° 266 du recueil d'observations, hommes), les ganglions peuvent s'enflammer et suppurer. Cette inflammation simple se montre à la suite d'irritations diverses (marche, fatigue exagérée, irritation du chancre, herpès, blennorrhagie, etc.). C'est, en somme, une adénite inflammatoire simple, greffée sur un syphilôme ganglionnaire. Cette adénite inflammatoire simple peut ne pas s'abcéder. Dans d'autres cas, il se fait une suppuration ganglionnaire qui évoluera absolument comme une adénite suppurée ordinaire.

Parfois les ganglions syphilitiques pourront s'abcéder parce que le chancre est un chancre mixte, ce ne sera alors que l'adénite du chancre simple, greffée sur un syphilôme ganglionnaire. Cette adénite du chancre simple pourra donc, comme les adénites chancrelleuses, être inflammatoire simple ou chancreuse.

Chez les scrofuleux, les ganglions lymphatiques se réunissent quelquefois en masses volumineuses. Puis ces ganglions se ramollissent, perdent leur dureté. Ils finissent souvent par s'abcéder, s'ouvrir à l'extérieur, laissant à leur suite des fistules, des orifices sécrétant pendant longtemps un pus de mauvais aspect. C'est le ganglion syphilitico-strumeux. Ce sont les écrouelles syphilitiques de quelques médecins. Il serait intéressant de rechercher si le pus qui s'écoule de ces écrouelles peut etre inoculable en série aux animaux, et s'il contient des bacilles. J'en ai vu, il y a quelques années, plusieurs exemples intéressants. Dans un cas même, ces écrouelles bi-inguinales, accompagnées de fistules, d'engorgements des ganglions iliaques, etc. nécessitèrent une opération chirurgicale grave qui fut pratiquée par mon ami le Dr Reverdin de Genève.

Messieurs, on a beaucoup discuté pour savoir si l'adénopathie primaire se limite au premier groupe de ganglions où aboutissent les lymphatiques partant du chancre. Cette discussion est réellement oiseuse. La clinique, l'analogie, l'expérimentation, la pathologie générale, tout nous porte à croire que cet envahissement ganglionnaire se fait successivement et de proche en proche. D'ailleurs, dans trois autopsies, Fournier a pu prouver anatomiquement que l'adénopathie primaire de chancres génitaux ne s'était pas limitée seulement aux ganglions inguinaux, mais avait envahi les ganglions iliaques. Cependant, il faut remarquer, comme le dit Jullien d'après une statistique de Horteloup, que les ganglions iliaques sont assez souvent pris chez des sujets non syphilitiques.)

J'ai vu en 1879, dans le service de mon maître Lailler, un malade atteint de chancre infectant de la verge chez lequel survint, pendant la période primaire, un engorgement tellement considérable des ganglions iliaques, que cette tumeur, grosse comme une tete de fœtus, simulait par son aspect une tumeur maligne du bassin et fut même prise pour telle par quelques chirurgiens. Il me parait certain que cet envahissement des

(1) [illegible] de dindon. ([illegible] n° 315 du *Recueil d'observations*, hommes.

ganglions lymphatiques se fait de proche en proche. J'ai vu des cas de chancres céphaliques où les ganglions des régions sus-claviculaires ou sterno-mastoïdiennes paraissaient se prendre les uns après les autres, un à un, comme si le virus syphilitique était passé lentement et successivement d'un ganglion dans l'autre.

L'évolution du syphilôme ganglionnaire primaire est très lente, beaucoup plus lente que celle du chancre; c'est-à-dire que le chancre étant disparu depuis longtemps, l'adénopathie primaire persiste encore avec tous ses caractères. En général, vous trouverez encore l'adénopathie primaire deux, trois et même six mois après la disparition du chancre, comme vous pouvez le constater sur la série de malades que je vous présente. Voici même d'autres malades chez lesquels l'adénopathie primaire persiste encore huit mois, onze mois et même trente mois après la disparition du chancre.

Vous concevez de quelle importance diagnostique est la persistance de ce compagnon fatal, qui survit au chancre. — Au bout d'un temps variable, lentement, spontanément, d'une façon latente, on voit diminuer, se résorber et finalement disparaître, le syphilôme ganglionnaire.

L'adénopathie primaire présente donc une importance diagnostique considérable. Ici nous devons distinguer deux cas :

1° *Lorsque le chancre existe* encore, elle peut être d'une grande importance diagnostique, soit que le chancre se trouve masqué par suite de son siège même, soit qu'il se trouve masqué par d'autres lésions. C'est ainsi que l'adénopathie sous-maxillaire pourra vous mettre sur la trace d'un chancre céphalique plus ou moins dismulé. C'est ainsi que, cherchant en vain le chancre ou son vestige chez un étudiant en médecine, couvert de syphilides cutanées et muqueuses précoces, ce fut un gros ganglion du creux poplité qui me fit demander au jeune homme d'enlever bottine et chaussette, et me fit découvrir entre deux orteils un magnifique chancre cutané passé complètement inaperçu. Vous avez vu plusieurs fois dans le service l'engorgement caractéristique des ganglions inguinaux nous faire émettre le diagnostic « chancre infectant probable » chez des malades dont les chancres du gland se trouvaient masqués par un phimosis avec œdème considérable du prépuce. Dans d'autres cas, bien que le chancre soit *vu*, on hésite. L'examen des ganglions vient souvent enlever toute hésitation. Dernièrement encore, l'un de vous hésitant devant une petite érosion de la verge, qu'il prenait pour une chancrelle, fut étonné de me voir poser le diagnostic de chancre infectant d'après l'état des ganglions. C'est ainsi que des médecins atteints de chancres du doigt feraient bien de tâter leurs ganglions épitrochléiens avant de considérer leurs lésions comme une prétendue tourniole. C'est ainsi encore que le chirurgien dont je vous ai parlé déjà n'aurait pas pris et opéré pour une fistule lacrymale un chancre de l'angle de l'œil. Il est vrai que ce chirurgien semblait ignorer la valeur diagnostique de l'adénopathie primaire, puisqu'il incisa en outre un gros ganglion parotidien, secondaire à ce chancre de l'œil.

2° Le *chancre disparu*, l'adénopathie primaire constitue un signe d'une grande importance diagnostique. C'est, selon la remarque de Fournier, un témoin posthume du chancre. C'est l'adénopathie qui nous fait dire qu'un chancre a dû siéger dans telles régions tégumentaires dont les lymphatiques aboutissent à tels groupes ganglionnaires. Vous en avez vu cette année de beaux cas dans le service. Vous vous souvenez de ce petit garçon chez lequel l'engorgement des ganglions inguinaux nous a mis sur la trace d'un chancre anal; vous vous souvenez de ce boulanger couvert de syphilides papulo-crustacées qui niait tout chancre avec la meilleure foi du monde, et chez lequel l'engorgement de quelques ganglions de l'aine nous montra qu'il avait eu il y a quelque temps un chancre du prépuce. Chez la petite fille de notre salle Saint-Henri que je vous présente, c'est un gros ganglion sous-maxillaire qui nous a montré la porte d'entrée du virus syphilitique au niveau de la commissure labiale gauche, et qui nous a permis de découvrir que cette petite fille avait été infectée en buvant dans un bol souillé par les lèvres couvertes de plaques muqueuses d'une de ses camarades d'atelier. — Le recueil d'observations du service contient bien d'autres faits de ce genre. Je termine cette série d'exemples par l'anecdote suivante, tirée de ma pratique privée. Un client vient il y a quelque temps me trouver, le tronc couvert d'une roséole confluente, etc. Il n'a, dit-il, jamais eu de chancre. Je l'examine des pieds à la tête; de chancre, nul vestige. Je vais à la chasse aux ganglions. Je trouve un gros ganglion sous-maxillaire, dur, roulant sous le doigt, et je finis ainsi par trouver un chancre de la gencive.

Donc, Messieurs, n'oubliez pas ce précepte de Ricord, allez à la chasse aux ganglions. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des Anglais. — Dr **Em. COLLARD**.

Relation de quelques cas d'ankylostomasie (anémie pernicieuse);

Par **Ed. SNYERS**, interne du service.

Dans le courant de l'année 1885, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs sujets atteints d'anémie pernicieuse, chez lesquels le traitement ferrugineux ne pouvait produire aucune amélioration et dont les selles, à l'examen microscopique, révélèrent la présence d'œufs d'un parasite appelé Ankylostomum duodenale.

Ce parasite fut découvert en 1831 par Dubini; Griesinger le rencontra vingt ans plus tard chez un individu mort de chlorose égyptienne. En 1863, Wacherer l'observa au Brésil.

Cependant ce ne fut que, lors du percement du Saint-Gothard que la relation entre l'anémie et l'ankylostome fut nettement établie par deux Italiens, Perroncito et Corseoli. Plus tard on observa l'ankylostomasie en France et en Allemagne; enfin MM. Masius et Firket publièrent dans les *Bulletins de l'Académie de Belgique* (31 janvier 1885) la relation de plusieurs cas d'anémie par ankylostomes qu'ils avaient rencontrés chez les houilleurs du bassin de Liège.

Nos malades étaient pour la plupart des habitants de Liège et des alentours qui, à la bonne saison, allaient travailler dans les briqueteries des environs de Cologne, où ils contractaient l'ankylostomasie. Nous constations chez eux les divers symptômes de l'anémie pernicieuse : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, faiblesse musculaire excessive, indolence et inaptitude au travail, céphalalgie, vertiges, troubles de l'appareil circulatoire et des voies digestives; les globules rouges présentaient des altérations de forme, de nombre et de volume; les globules blancs étaient ordinairement normaux.

Ces symptômes se présentaient avec des degrés d'intensité assez variable chez les divers malades, mais ce qui caractérisait surtout l'affection, c'étaient des douleurs abdominales très vives dont les malades se plaignaient constamment.

L'examen microscopique des selles nous révéla l'existence d'œufs d'ankylostomes dont le nombre était pour ainsi dire en proportion avec la gravité des symptômes.

Ces œufs sont de forme ovalaire, ont une grandeur moyenne de 0,05 de millimètre; ils sont constitués par une membrane assez épaisse, à double contour et à l'intérieur de laquelle on trouve le vitellus. Celui-ci peut être simple, mais le plus souvent il est segmenté en deux, quatre ou huit, etc., cellules formées chacune d'un protoplasme sombre, granuleux et d'un noyau peu apparent.

Ces œufs sont fournis par des larves, lesquelles pullulent dans le duodénum et qui produisent les troubles de l'anémie.

Voici l'exposé de quelques cas :

Observation I. — Thielen Jean, âgé de 37 ans, ouvrier briquetier à Cologne en 1884, entra à l'hôpital le 29 octobre 1885. Depuis le mois d'août, ce malade souffrait d'une anémie grave à laquelle le traitement ferrugineux n'avait apporté aucun soulagement. A son arrivée dans le service, ce malade accusait des palpitations violentes et des douleurs abdominales intenses; dans les selles on trouva une grande quantité d'œufs d'ankylostômes et quelques œufs de trichocéphales. Le traitement antihelmintique lui fut administré et ne tarda pas à donner un résultat favorable; 30 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle anéantirent les ankylostomes et le traitement ferrugineux répara ensuite les troubles causés par ces parasites. Aujourd'hui Thielen occupe un emploi dans l'hôpital et jamais un trouble anémique n'a reparu.

Observation II. — Streels Pierre, 34 ans, soigné antérieurement, sans succès, pour une anémie grave, entra dans le service en novembre 1885. Son état inspirait de sérieuses inquiétudes.

Après que la présence d'ankylostomes eut été reconnue, il prit à trois reprises 10 grammes de fougère mâle, puis fut soumis au traitement ferrugineux. Il quitta l'hôpital le 10 janvier 1886, entièrement rétabli.

Observation III. — Munstereifel Guillaume, 23 ans, contracta l'ankylostomasie à Cologne; il nous arriva vers le milieu de septembre, mais il ne resta que quelques jours à l'hôpital.

Le 26 novembre il rentra à nouveau dans le service, mais pendant son séjour hors de l'établissement son état s'était considérablement aggravé: sa faiblesse était extrême; il se plaignait continuellement de céphalalgie et de douleurs abdominales. 20 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle eurent raison des parasites et le malade quitta l'hôpital en bonne voie de guérison.

Observation IV. — Dister Rémy, 17 ans, avait été soigné avantageusement par le Dr Leichtenstern de Cologne pour ankylostomasie duodénale; seulement le malade n'était pas resté suffisamment en traitement pour que sa cure fut complète. Quelques œufs d'ankylostomes furent trouvés dans les selles. Nous achevâmes la guérison que le praticien allemand avait commencée.

Chez plusieurs malades atteints d'anémie, mais moins gravement que les précédents, on trouva des œufs d'ankylostomes et la guérison fut obtenue par le traitement habituel. Il faut administrer la fougère mâle à la dose de 10 grammes, répétée à plusieurs jours d'intervalle; on en cesse l'emploi lorsque l'examen microscopique ne décèle plus d'œufs dans les selles; c'est alors que le traitement ferrugineux, réparateur, doit être institué.

PATHOLOGIE EXTERNE

Synovite tuberculeuse primitive des gaînes tendineuses du poignet et de la main. — Tumeur en bissac. — Extirpation et drainage de la poche. — Guérison ;

Examen histologique fait par M. JARDET, interne des hôpitaux et par M. Maurice NOTTA, interne des hôpitaux (1).

L. D., cultivateur, âgé de 59 ans, d'un bon tempérament et d'une forte constitution, a toujours été bien portant. Il n'a jamais toussé, ni eu d'hémoptysie, et ne présente aucun signe stéthoscopique de tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte à 84 ans, et son père d'une affection qu'il ne peut préciser étant seulement âgé de quatre ans. Il a perdu trois frères, l'un d'une hydropisie, l'autre d'un refroidissement à l'âge de 32 ans, le troisième d'apoplexie à l'âge de 59 ans; il lui reste encore une sœur vivante et bien portante. Pas d'antécédents spécifiques personnels ni héréditaires.

Il entre à l'hôpital de Lisieux (service du Dr Notta) le 30 juin 1885. Nous constatons au niveau de la partie inférieure de l'avant-bras (bord cubital) et de la face palmaire de la main gauche (moitié interne) l'existence d'une tumeur manifestement fluctuante, et donnant à la palpation la sensation des kystes à grains riziformes avec la crépitation caractéristique (chaînons de Dupuytren) de ces kystes nodéiformes. La douleur est localisée aux parties tuméfiées, et assez vive pour empêcher le malade de travailler et de dormir la nuit. La peau est normale; les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont difficiles.

Le malade fut opéré le 2 juillet, et la pièce, que j'ai l'honneur de présenter à la société, est la poche qui constituait la tumeur de l'avant-bras. Elle ne contenait ni liquide, ni grains riziformes, mais était remplie de fausses membranes peu adhérentes, présentant une paroi très épaisse, et formant une sorte de manchon qui paraissait s'amincir au niveau du ligament annulaire. Une fois incisée, elle donna issue à une très petite quantité de liquide analogue à de la synovie, que l'on fit sortir en pressant sur la paume de la main. La poche fut disséquée avec soin, et enlevée tout entière jusqu'au niveau du ligament annulaire. Une sonde cannelée, passée sous le ligament annulaire, vint aboutir à la paume de la main dans la poche inférieure: une incision faite sur le bec de la sonde cannelée permet de constater que les parois de la poche sont très minces à ce niveau, et sert d'orifice à un drain introduit par le poignet sous le ligament annulaire. Une injection d'eau phéniquée forte (5 p. 100) est faite dans la plaie, sur laquelle on applique un large pansement de Lister, après avoir suturé dans toute son étendue la plaie du poignet. La plaie n'a pas suppuré; il y a eu réunion par première intention. Le tube a été retiré le 7e jour (9 juillet), et le malade quitte l'hôpital le 12 juillet en apparence complètement guéri. Nous le revoyons le 30 septembre: il a repris depuis trois semaines ses occupations, et laboure toute la journée sans douleur ni fatigue dans la main.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par mon excellent collègue et ami Jardet, dans le laboratoire de M. le professeur Cornil. Voici la note qu'il nous a remise: « La pièce à examiner comprenait deux parties: une fausse membrane et une paroi.

La fausse membrane est entièrement constituée par de la fibrine. Quant à la paroi, qui a environ *un centimètre* d'épaisseur, elle est formée de deux couches: l'une interne en contact avec la fausse membrane, se compose de fibrine et a environ un millimètre d'épaisseur, l'autre externe sous-jacente est constituée par du tissu conjonctif. Dans l'épaisseur de cette couche, on trouve un très grand nombre d'amas arrondis de cellules qui, colorés avec le picrocarmin, tranchent nettement par leur couleur jaunâtre sur le fond rose périphérique. Ces groupes de cellules *ne sont*

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance d'octobre 1885.

autre chose que des tubercules, et à un grossissement suffisant on voit qu'ils sont formés de cellules embryonnaires, parmi lesquelles sont disséminées un assez grand nombre de cellules géantes très nettes.

Les follicules tuberculeux, disposés sans aucun ordre, sont développés soit au voisinage des vaisseaux, soit à l'intérieur. Parmi les vaisseaux, les uns présentent simplement de l'endartérite, reconnaissable à l'augmentation de volume des cellules de la tunique interne ; les autres contiennent dans leur intérieur, dans leur calibre, un amas de cellules embryonnaires au milieu desquelles on voit dans certains points quelques cellules géantes.

La recherche des bacilles, faite sur une vingtaine de coupes, a été négative. »

Réflexions. — La nature tuberculeuse de cette poche ne nous paraît pas douteuse, et, malgré l'absence de bacilles, nous semble amplement démontrée par les altérations vasculaires qui présentent le type de l'évolution tuberculeuse dans les vaisseaux. Il ressort donc de cet examen histologique, dont M. le professeur Cornil a bien voulu confirmer l'exactitude, que notre malade était atteint d'une *synovite tuberculeuse primitive* de la gaine des tendons fléchisseurs. Dans les intéressantes observations publiées par M. Terrier et Verchère (Des synovites tendineuses tuberculeuses. — In *Rev. de chirurgie*, juillet 1882) nous n'avons trouvé qu'un cas de A. Jamin, cas analogue au nôtre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Jacques Daviel.

Un pays s'honore en rendant hommage à ceux de ses enfants qui se sont signalés par l'éclat de leurs vertus, la supériorité de leurs œuvres ou la grandeur de leurs services. En perpétuant le souvenir de ces hommes de bien ou de génie, par les monuments qu'on élève en leur honneur, on ne conserve pas seulement la partie la plus précieuse peut-être du patrimoine national; en mettant l'exemple à côté de la leçon, on inspire plus facilement aux jeunes générations la noble ambition de ressembler à ces hommes remarquables, le désir de les imiter et de marcher sur leurs traces. On provoque ainsi des efforts qui seront toujours, à quoi qu'ils aboutissent, profitables à la patrie. Quelquefois, il est vrai, sous l'influence de préjugés, des passions du moment, ou même de mesquins intérêts, ces hommages se trompent d'adresse. Ils ne vont pas toujours au plus méritant, et parfois sont rendus à des indignes. Mais ces erreurs que le temps d'ailleurs rectifie presque infailliblement, sont moins regrettables et moins funestes que ne le seraient l'indifférence et l'oubli. Malheur au pays qui ne s'intéresserait plus à ceux qui l'ont illustré et ne se soucierait plus de leur mémoire ! La France heureusement n'en est pas là. Elle n'oublie pas ses gloires, ni ne leur marchande les témoignages de son souvenir et de son affection. Mais, il faut bien l'avouer, trop souvent elle ne les connaît pas, surtout quand elles sont d'ordre scientifique. Il suffit alors de lui découvrir son ignorance, qui pourrait la faire accuser d'ingratitude, pour qu'aussitôt la faute soit réparée. C'est dans l'espoir d'obtenir cette réparation que nous voulons essayer d'appeler l'attention publique sur un de nos compatriotes dont les services attendent encore la récompense qui leur est due.

Nous voulons parler de Jacques Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte par extraction. Rendre la vue à un aveugle est aujourd'hui devenu chose banale, et la grandeur de ce bienfait n'est plus guère justement appréciée que par celui qui en profite. Pour peser exactement le mérite de Daviel, il faudrait pouvoir d'une part ramener, temporairement, si l'humanité le permettait, les oculistes au vieux procédé de l'abaissement, et de l'autre compter le nombre des cataractés qui depuis cent cinquante ans ont définitivement recouvré la vision. Nous disons définitivement, car c'est là qu'est l'importance de l'innovation due à Daviel. Avant lui, bien des oculistes pratiquaient couramment l'opération de la cataracte, même les charlatans sur les places publiques. L'opération, en général, rendait immédiatement la vue à l'œil du malade, mais bientôt il la perdait de nouveau et sans espoir de retour, heureux si le malade en était quitte pour de longues souffrances et ne perdait pas aussi l'autre œil. Aujourd'hui, grâce à Daviel, l'abaissement est remplacé par une des opérations les plus sûres de la chirurgie, si bien qu'en comparant l'état de choses antérieur à Daviel à celui qu'il a créé, on peut affirmer que tout en paraissant seulement innover, il fut réellement créateur.

Né en 1796 dans l'ancien pays d'Ouche, qui fait aujourd'hui partie du département de l'Eure, dans le petit bourg de La Barre, à quelques lieues de Bernay, Jacques Daviel appartenait à une famille médicale. Son père, comme son fils, était médecin, ainsi qu'un de ses oncles, Salon, qui exerçait à Rouen. Il fit, sous la direction de celui-ci, ses premières études et les termina à Paris, où son principal maître fut Houdon, de l'Hôtel-Dieu. En 1719, il s'offrit avec plusieurs jeunes gens à aller à Marseille où la peste s'était déclarée. Son dévouement et ses services lui valurent, comme aux autres sans doute, une médaille à l'effigie de Saint-Roch, avec la légende : *Pro fugata peste.* Mais il faut croire qu'il se distingua particulièrement, puisque, après l'épidémie, il fut agrégé, par les magistrats, au corps des maitres chirurgiens de la ville, et nommé chirurgien d'une galère. Etabli à Marseille, il y ouvrit des cours particuliers d'anatomie et de chirurgie et se livra à des recherches anatomiques. Son ardeur était telle, qu'au dire de M. de Joyeuse, chirurgien en chef des galères, les cadavres des hôpitaux n'étaient pas assez nombreux pour la satisfaire. Il s'occupait plus spécialement d'oculistique et bientôt sa réputation d'habileté le fit appeler à l'étranger, en Portugal et en Italie, où l'emmena la duchesse de Modène. Déjà associé de l'Académie de chirurgie de Paris et membre de l'Académie de Toulouse, il fut alors agrégé à l'Institut de Bologne.

C'est en 1745, le 8 avril, que des difficultés particulières rencontrées en opérant par abaissement le Frère Félix, ermite d'Aiguilles, en Provence, qu'il conçut l'idée d'abandonner ce procédé défectueux et de pratiquer l'extraction. Ce ne fut pas toutefois sans hésitation ; il revint quelque temps à l'abaissement, mais en modifiant les instruments dont il se servait. C'est à partir de 1747 seulement qu'ayant, malgré ce perfectionnement, éprouvé de nouvelles difficultés, il résolut de ne plus recourir qu'à l'extraction du cristallin. Il était alors

établi à Paris où il avait été appelé pour soigner le duc de Villars-Brancas. Installé d'abord quai Malaquais, près de l'hôtel de Bouillon, puis rue d'Argenteuil, sur la butte Saint-Roch, il avait jusqu'alors pratiqué un nombre considérable d'opérations, toujours par abaissement. Le plus grand nombre avait eu lieu à l'hôtel des Invalides que lui avait ouvert le comte d'Argenson.

Le 16 novembre 1752, sûr de lui-même et de sa méthode, il en exposait le principe et les détails dans un mémoire qu'il lut à l'Académie de chirurgie. De nombreux succès attestaient déjà l'excellence de sa méthode, notamment ceux qu'il avait obtenus sur quatre personnes à Mannheim où l'avait demandé la princesse Palatine de Deux-Ponts. Dans ce même mois de novembre, il pratiqua deux cent-dix opérations dont cent quatre-vingt-deux réussirent. La supériorité de l'extraction était désormais établie.

Nommé dès son arrivée à Paris chirurgien ordinaire du roi, *en survivance,* puis breveté chirurgien oculiste du roi le 1er janvier 1749, Daviel jouissait d'une réputation européenne. Le roi d'Espagne, Ferdinand, l'appela auprès de lui en 1754 et fit de vains efforts pour se l'attacher; l'amour du pays l'emporta sur les offres du monarque étranger.

Ses travaux et ses voyages altérèrent sa santé. En 1762, il présentait, en séance publique, à l'Académie de chirurgie, un mémoire dont le secrétaire de l'Académie, Morand, dut donner lecture, Daviel ne pouvant que figurer au tableau les particularités de son manuel opératoire. La maladie qui l'avait frappé et pour laquelle il avait vainement demandé du soulagement aux eaux de Bourbon alla toujours s'aggravant. Il se décida à se rendre à Genève auprès de Tronchin qui ne put triompher du mal, dont la nature reste inconnue. C'était probablement une paralysie labio-glosso-pharyngée ; elle emporta Daviel le 30 septembre 1762.

Avant de mourir, il avait exprimé le désir d'être inhumé en terre française. Ce vœu patriotique exaucé par M. de Montpéroux, résident de France à Genève, n'est plus aujourd'hui rempli. Enterrés au Grand-Sacconex, qui était alors pays français, les restes de Daviel reposent maintenant en pays Suisse, les traités de 1815 nous ayant enlevé ce territoire. Mais la mémoire de J. Daviel n'a pas péri en Suisse. Sur l'initiative du Dr Haltenhoff, un comité s'est formé pour élever un monument à Daviel dans le cimetière de Sacconex. La cérémonie a eu lieu le 8 décembre 1885, en présence de la famille de Daviel. Le monument, en marbre, est orné d'un médaillon de Daviel, entouré de la devise de Genève : « *Post tenebras lux*, qui par une singularité touchante, rappelle à la fois, la ville qui donna l'hospitalité à notre compatriote et l'immense service dont lui sont redevables la science et le monde entier.

Cet hommage rendu à Daviel par des étrangers ne doit pas suffire à la France. Une des rues de Rouen porte son nom : ce n'est pas assez. La Société libre d'agriculture de l'Eure a, dans sa séance du 22 novembre 1885, décidé qu'« un monument serait élevé à la Barre, avec le concours de la municipalité, pour perpétuer parmi ses compatriotes le souvenir de ce bienfaiteur de l'humanité. » A notre tour nous faisons appel à toute la famille médicale (1). Il ne faut pas que cette manifestation, reconnaissance déjà trop tardive des mérites de J. Daviel, reste un événement local : l'illustre chirurgien n'est pas une de ces célébrités de clocher justement ignorée en dehors des limites de leur canton. La France entière doit y prendre part et d'une façon digne d'elle.

Du mode d'admission des aliénés, des épileptiques et des enfants idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc.

I. *Aliénés.* — On sait que les placements dans les asiles d'aliénés sont de deux espèces : les *placements volontaires*, faits par les familles, et les *placements d'office*, faits par l'autorité publique.

A Paris, les placements d'office sont effectués par la Préfecture de Police. Il y a quelques années, la très grande majorité des aliénés passait par le Dépôt de la Préfecture de police. L'Administration de la Préfecture de la Seine ne se réservait que 330 placements volontaires dans les asiles publics : 170 pour les malades payants, 160 pour les indigents. Les formalités exigées par la Préfecture de la Seine, le long temps perdu pour leur accomplissement rendait presque absolument illusoire la faculté des placements volontaires d'indigents et jamais les lits accordés aux placements volontaires n'étaient remplis par eux. C'est pour ce motif que, à la fin de 1881, lors de la discussion de notre rapport sur le budget des aliénés pour 1882, nous avons insisté afin que les formalités fussent abrégées le plus possible, que les conditions de ce mode d'admission fussent portées à la connaissance du public et que le nombre des placements volontaires gratuits fut illimité.

Les placements d'office n'en sont pas moins restés les plus nombreux et dans une très forte proportion, occasionnant des ennuis très pénibles aux familles, obligées de recourir au commissaire de police qui, en maintes circonstances, refuse son concours, attendant qu'il se produise des accidents, un scandale public. L'état des malades est souvent aggravé par cette intervention, par le voyage du domicile au Dépôt de la Préfecture de police, le séjour dans ce lieu redouté, et enfin par un second voyage, dans une voiture de prisonniers, du Dépôt au Bureau d'admission de l'Asile clinique.

Les plaintes des familles, celles des malades dont l'état mental leur permettait de se rendre compte de ce passage à la Préfecture de police, l'aggravation de la maladie occasionnée par le séjour au Dépôt et se traduisant parfois dans les manifestations délirantes, toutes ces circonstances ont attiré notre attention sur cette pratique détestable de l'intervention de la police dans l'hospitalisation des aliénés. Nous avons en conséquence soumis au Conseil général, qui l'a adoptée, une proposition autorisant M. le Préfet de la Seine à faire recevoir au Bureau d'admission de l'Asile clinique, à titre de placements volontaires, tous les malades aliénés qui y seraient conduits par leurs familles, après l'accomplissement des formalités légales (26 novembre 1881.)

Il a fallu plusieurs votes du Conseil général pour décider l'Administration à essayer de réaliser cette réforme à la fois si simple et si utile aux malades et à leurs parents. Aujourd'hui, et bien que le service préfectoral des aliénés y mette de la bonne volonté, le nombre des placements volontaires d'indigents n'augmente que très lentement. En voici la preuve : il y a eu 191 placements volontaires

(1) Les souscriptions peuvent être adressées à M. Boulanger, maire de La Barre, et à M. le Dr Gauran, à Rouen.

en 1883, 330 en 1884 sur plus de 3000 admissions. C'est afin de réduire le plus possible aux seuls individus arrêtés sur la voie publique, le passage au Dépôt de la préfecture de police, que nous revenons encore une fois (1) sur ce sujet et que nous rappelons à tous nos lecteurs, exerçant la médecine dans le département de la Seine que :

Tout aliéné peut être conduit directement par ses parents ou ses amis au Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne), sans passer par la Préfecture de police. à la condition d'avoir un certificat médical légalisé par le commissaire de police et l'extrait de l'acte de naissance du malade (2).

Dans un prochain article nous parlerons du mode d'admission des *épileptiques*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 janvier 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. CH. OZANAM donne la description d'un *sphygmographe différenciel qu'il a construit pour déterminer la circulation veineuse par influence.* Il se compose de deux petites boules en verre accouplées au moyen d'une double bague métallique et recouvertes de membranes très minces de caoutchouc. Les branches terminales des ampoules sont prolongées par des conduits de caoutchouc aboutissant à deux tubes de verre verticaux: le mercure qui les remplit soulève les flotteurs qui servent de plume, tandis qu'un aimant intérieur attire doucement la branche horizontale d'acier qui termine chaque plume enregistrante. Si l'on dispose les deux ampoules simultanément en travers de l'artère seule, les colonnes ascensionnelles s'élèvent à peu près simultanément aussi. Mais, si on les applique l'une sur l'artère et l'autre sur la veine satellite, on obtient une double impulsion, dont la plus forte (artérielle) monte, pendant que l'autre, plus faible (veineuse), descend, et *vice versa*; systole pour diastole, diastole pour systole. Dès qu'on déplace l'ampoule veineuse, les pulsations disparaissent ou se réduisent infiniment, le vide produit par le trait artériel n'agissant plus que sur les tissus celluleux.

M. CH. ORDONNEAU s'est demandé *pourquoi les alcools d'industrie possèdent cette odeur désagréable dite de trois-six*, laquelle n'existe pas dans l'alcool de vin. En étudiant différents produits par la distillation fractionnaire, il a reconnu, dans la vieille eau-de-vie de Cognac, la présence d'une quantité notable d'alcool butylique normal, tandis que l'alcool d'industrie renfermait de l'alcool isobutylique. Ces différences tiennent à ce que la fermentation des mélasses, des pommes de terre, etc., est effectuée par la levûre de bière qui donne de l'alcool isobutylique à odeur désagréable ; au contraire, dans la production des eaux-de-vie, c'est la levûre elliptique qui intervient. Il serait donc possible d'obtenir des alcools de bon goût, en faisant fermenter les moults par la levûre elliptique qui est aussi facile à cultiver que la levûre de bière.

M. VICTOR LEMOINE adresse une note sur l'*appareil digestif du phylloxera.* P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 janvier 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. RETTERER a étudié le développement du périchondre et sa transformation en périoste sur des embryons de divers mammifères. Il a remarqué particulièrement que les travées de développement étaient tapissées par des cellules de tissu conjonctif qui offraient des prolongements étoilés formant ultérieurement les canalicules osseux qui entourent l'ostéoblaste.

M. VIGNAL insiste sur ce fait de la préformation des canalicules osseux qui morphologiquement n'avaient pas encore reçu une interprétation satisfaisante.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'elle est conviée à assister à l'inauguration du monument de Claude Bernard qui aura lieu le dimanche 7 février, à 10 heures, au Collège de France.

M. CH. RICHET envoie une note qui corrobore l'interprétation qu'avait proposée M. d'Arsonval pour les courants qui naissent au contact du mercure et du fil de platine. Il faut qu'il existe, pour qu'ils apparaissent, un léger degré d'humidité soit du fil soit de la surface du mercure.

M. GELLÉ présente un acoumètre à l'aide duquel il se propose de mesurer l'acuité auditive d'après la durée de l'excitation sonore nécessaire à la perception. Il rappelle qu'on a coutume de l'étudier en plaçant en face du conduit de l'oreille à observer une montre ou un diapason ou tout autre appareil fournissant un son, dont on modifie tantôt l'intensité, tantôt la tonalité, tantôt le timbre. L'observation clinique lui a depuis longtemps montré que l'intensité et la tonalité du son restant les mêmes, la perception est encore influencée par un autre facteur négligé jusqu'ici, la durée de l'épreuve d'audition.

C'est ainsi que chez un sourd la montre passée rapidement au devant de l'oreille peut n'être pas entendue alors qu'elle l'est nettement si le mouvement de translation est plus lent. Ce phénomène de l'extinction du son par son rapide passage en face de l'oreille est d'autant plus facile à provoquer que le sujet a l'ouïe plus faible. Pour mesurer cette extinction de la projection, M. Gellé se sert d'un appareil formé d'une lame d'acier de 60 centimètres de longueur fixée à l'un de ses bouts, et dont le bout oscillant supporte un diapason ou un téléphone. Ce dernier parle au moyen d'un courant de pile et d'une bobine à chariot qui sert à graduer l'intensité du son transmis. L'oreille du sujet se place dans un anneau qui l'encadre et la maintient à une distance constante en face du téléphone. Le son est perçu par le sujet, alors on écarte le téléphone en arrière d'une quantité de centimètres suffisante pour qu'il cesse de le percevoir, et rapidement on lâche le ressort. Le téléphone oscille et se trouve arrêté à la seconde oscillation. Cette oscillation se fait en un quart de seconde. Puis on écarte le téléphone de façon à lui faire parcourir 20 centimètres. Le son aura donc passé devant le méat en un 1/80e de seconde. De même si l'oscillation a 30 centimètres d'étendue, la durée de l'excitation sera de 1/120e de seconde. On obtient donc ainsi la mesure de la durée de l'excitation nécessaire pour qu'il y ait audition. On peut logiquement en déduire la mesure de l'acuité auditive.

M. BEAUREGARD dépose une note de M. WERTHEIMER sur les centres respiratoires de la moelle épinière.

M. D'ARSONVAL expose une méthode nouvelle qu'il a imaginée pour étudier la production de chaleur dans les tissus post mortem. Il fera connaître ultérieurement les résultats qu'il a déjà obtenus.

M. STRAUSS présente une seringue de Pravaz susceptible d'être stérilisée. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. LEFORT, afin d'éviter les vomissements et l'état nauséeux qui succèdent à l'administration du chloroforme, a cherché à remplacer ce corps par le bichlorure de méthylène. Le corps, fourni sous ce nom par des maisons anglaises, donne bien réellement une anesthésie exempte des inconvénients du chloroforme, avec plus de sécurité même et une quantité bien moins considérable (3 à 10 gr. en inhalation).

(1) Nous avons déjà consacré un article à ce sujet dans le *Progrès médical*, n° 18, p. 356, 1885.

(2) La *demande de placement*, exigée par la loi, est rédigée par les parents au Bureau d'admission.

Par conséquent, les résultats anesthésiques étant favorables, il importe peu que ce soit un produit spécial ou un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique, comme l'a trouvé M. Regnault.

M. GAUTHIER fait remarquer l'intérêt qu'il y aurait cependant à ce que l'on fût fixé chimiquement sur la nature du bichlorure de méthylène anglais afin que, si ce n'est qu'un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique, nos fabricants puissent en fournir aux médecins.

M. LEFORT. D'après M. Regnault, le bichlorure de méthylène qu'il a analysé est un mélange de 3 parties de chloroforme et de 1 partie d'alcool méthylique.

M. PETER rappelle que dans une précédente séance, M. Gautier a démontré qu'outre les ptomaïnes toxiques des cadavres, il existait dans l'organisme vivant des alcaloïdes et des matières extractives également toxiques et qui se développaient sous l'influence des actes normaux de la vie. M. Peter vient appuyer cette doctrine et apporter à M. Gautier l'appui de la médecine traditionnelle; car la clinique se trouve ici complètement d'accord avec la chimie et ce que M. Gautier appelle l'*auto-infection*, M. Peter l'a appelé autrefois l'*auto typhisation*.

Les recherches de M. Gautier portent un coup terrible aux doctrines microbiennes; car si les ptomaïnes toxiques se développent par le fait des actes vitaux, il est bien évident qu'on n'a plus besoin d'invoquer les microbes pour expliquer la genèse des maladies. Ces prémisses étant posées, M. Peter entre dans des considérations générales sur la vie, qu'il regarde comme un phénomène contingent, comme un composé de morts partielles; il y aurait toujours en nous une portion de cadavre qu'il nous faut éliminer à chaque moment sous peine de péril pour notre existence. Quel que soit le nom que l'on donne aux produits de désintégration, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont toujours le résultat de l'activité du système nerveux ou musculaire. Ces nerfs ou ces muscles se dépensent en s'oxydant, et, oxydés, ils doivent disparaître. Mais si l'on suppose une exagération dans la production ou bien une insuffisance dans l'élimination on aura alors l'*auto-infection*, ce que M. Peter appelle l'*auto-typhisation* ou l'empoisonnement de *soi par soi*. M. Peter fait l'application de cette doctrine à la fièvre typhoïde, à l'urémie et à l'ictère grave. Pour lui, la fièvre typhoïde n'est qu'un degré plus élevé de ce qu'il appelle la *fièvre de surmenage*, c'est-à-dire celle qui résulte de l'accumulation dans l'organisme des produits de la désintégration de tous les tissus; il en serait de même du typhus des armées en marche et de celui des bêtes à cornes. Cette façon de rendre le surmenage responsable des différentes formes du typhus permet de se rendre compte de la spontanéité des maladies, spontanéité à laquelle M. Peter croit absolument, sans nier pour cela la contagiosité par des miasmes exhalés des malades et surtout par les matières fécales.

Dans l'urémie, dans l'ictère grave, le choléra, mêmes phénomènes de non élimination et par conséquent, typhisation par insuffisance des émonctoires rénaux, biliaires, etc.

En somme, ce que M. Gautier a décrit sous le nom d'auto-infection, n'est autre chose que ce que les médecins ont décrit sous le nom d'auto-typhisation, mais le fait important qu'il a mis en lumière est la production des alcaloïdes par des actes spontanés de la vie. En terminant, M. Peter aborde la question si controversée du choléra.

Deux missions scientifiques, dit-il, inspirées par les doctrines parasitaires, ont été en Egypte y chercher le microbe regénérateur; l'une et l'autre ont échoué. Le chef de l'une d'elles, le Dr Koch, avait cru cependant trouver le parasite pathogène dans le bacille virgule; mais, acculé par les faits, il en est réduit à admettre que le bacille virgule n'engendre pas *directement* le choléra: il ne le fait qu'*indirectement* et par l'intermédiaire d'une ptomaïne qu'il sécrète et qui implique deux suppositions: 1° la supposition d'une ptomaïne (qu'il ne montre pas); 2° la supposition de la *sécrétion* de cette ptomaïne par le bacille virgule (supposition qui présuppose dans le bacille l'existence d'organes sécréteurs que M. Koch ne nous montre pas davantage). Vit-on jamais plus étrange accumulation d'hypothèses? Au contraire du médecin allemand, un chimiste français, M. Gautier, ne suppose pas, il démontre; il démontre la formation spontanée des leucomaïnes dans les organismes vivants; il démontre la formation de ces leucomaïnes par dédoublement des assimilateurs: il démontre la toxicité de ces leucomaïnes; et ces leucomaïnes (dont il indique la genèse, la nature et les propriétés) il nous les montre.

L'esprit médical pourrait-il hésiter désormais entre des doctrines parasitaires pleines de ténébreuses hypothèses, et cette doctrine nouvelle, lumineuse autant que précise, qui explique les phénomènes de la vie normale et anormale par la vie même en action! »

M. FRANÇOIS FRANCK lit un travail de *physiologie pathologique* sur la *production expérimentale de l'insuffisance aortique.* A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 *avril* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

9. Scoliose considérable. — Arrêt de développement des viscères. — Mort par asphyxie; par Paul BERBEZ, interne des hôpitaux.

La nommée Anna Lam..., âgée de 21 ans, profession de lingère, entrée le 25 janvier 1885, salle Saint-Basile; lit n° 4.

Le père et la mère sont morts de tuberculose pulmonaire; ils étaient jeunes l'un et l'autre. Plusieurs frères et sœurs vivent et se portent bien. La malade elle-même a eu la fièvre typhoïde à 8 ans. A 10 ans elle est tombée d'un premier étage; jusqu'à cette époque elle avait été très chétive, toussant facilement et déjà courte d'haleine. A partir de cette chute dont les effets immédiats furent presque nuls, la petite malade s'affaiblit chaque jour davantage; ses parents disent qu'elle semblait rentrer en terre. Cette diminution de la taille était due à une déviation de la colonne vertébrale, déviation dont on ne s'aperçut que 2 ou 3 mois après l'accident. En deux ans 1/2 la déviation du squelette fut ce que nous la voyons aujourd'hui. Pendant l'intervalle de temps qui s'étendit du moment de la chute à ces temps derniers, la malade eut deux fluxions de poitrine du côté droit, l'une à 12 ans, l'autre à 15 ans. Ces deux maladies ont évolué de la façon la plus normale. Réglée à 15 ans, elle a toujours eu ses époques régulières et suffisamment abondantes. — Depuis 2 mois elle a des pertes blanches. Il y a un mois elle a pris froid et s'est enrhumée. La toux ne la quitte ni jour ni nuit; elle crache très peu et des crachats d'aspect bronchique, quelquefois légèrement striés de sang. L'oppression s'est établie progressivement. L'état général s'est aggravé en très peu de temps. Aujourd'hui, 26 janvier, nous la trouvons dans l'état suivant: C'est une jeune fille qui a l'aspect d'une enfant: elle garde le décubitus dorsal étouffant dans toutes les autres positions. Les yeux sont injectés et larmoyants; les lèvres cyanosées comme dans les maladies du cœur; la peau est moite — Quand on examine la poitrine de la malade on remarque le grand développement du côté gauche au détriment du côté droit qui semble ne pas exister. Quand on regarde le dos, on constate une déviation considérable de la taille à droite; les apophyses épineuses décrivent une grande courbe à concavité tournée à gauche qui diminue considérablement la hauteur de la cage thoracique. Quand on cherche les espaces intercostaux, on est étonné de les trouver très espacés du côté droit et serrés les uns contre les autres du côté gauche.

Il n'y a pas de saillie dans le sens antéro-postérieur. Les épiphyses des tibias et des fémurs non plus que les épiphyses des membres supérieurs, ne présentent un volume exagéré. La dyspnée est extrême; la petite malade a une respiration haletante et précipitée: les ailes du nez battent; il y a presque de l'orthopnée. A la percussion de la poitrine nous constatons une matité ou tout au moins une submatité très appréciable aux deux sommets. La scoliose rend l'examen très difficile: Matité absolue dans ce qui est ordinairement

la gouttière vertébrale du côté droit; on suit les côtes qui semblent sur une étendue considérable s'infléchir brusquement sur la partie droite des corps vertébraux. Sonorité très normale du côté gauche de la poitrine. Sternum saillant. Base du thorax contournée. Rien d'appréciable du côte du squelette du bassin. L'hymen intact empêche de mesurer le diamètre antéro-postérieur du bassin. A l'auscultation. légers craquements au sommet droit; au sommet gauche, souffle ou respiration assez soufflante. Râles sibilants et ronflants mélangés à des râles congestifs dans le 1/3 inférieur et la partie moyenne du poumon. Rien du côté des plèvres, cependant il semble qu'on entend dans la fosse sus-épineuse droite un bruit de va et vient pleural assez manifeste. Rien du côté du tube digestif ni du côté du rein. Rien au cœur ni au système circulatoire en général. Le système nerveux présente ce point particulier : il y a un léger degré de paraplégie; la sensibilité est normale; les sphincters fonctionnent bien, mais la marche est pénible, quelquefois chancelante; depuis plusieurs jours, du fait de la maladie pulmonaire, la malade ne peut quitter le lit. La constipation étant absolue, nous ordonnons une purgation saline. Nous faisons appliquer 20 ventouses sèches sur la poitrine. Julep gommeux avec 20 gr. de sirop diacode et 40 gr. de cognac. Le 27 janvier l'oppression augmente; les jambes sont enflées aux chevilles. Le 30 janvier la malade succombe.

Autopsie le 31 janvier, 24 heures après la mort.

Le sternum enlevé, les viscères nous apparaissent très congestionnés, d'une façon générale. Les poumons sont d'une petitesse remarquable comme volume; leur poids réuni est de 475 grammes ; les bronches semblent avoir subi une atrophie en rapport avec celle de l'ensemble du viscère. — Quelques faibles adhérences au sommet droit. A la coupe, noyaux indurés, sans trace de ramollissement. Tout autour de ces noyaux congestion noirâtre : de ci, de là quelques points ayant l'aspect de véritables infarctus. Aux bases, congestion assez intense, mais cependant quelques bulles d'air viennent sortir du parenchyme quand on le presse entre les doigts. Quelques-unes des parties enflammées, surtout celles qu'on prend au sommet, vont au fond de l'eau. Les poumons et le cœur très sain du reste mais très petit enlevés, nous voyons une déviation telle de la colonne vertébrale avec disposition si bizarre des côtes, que nous enlevons la cage thoracique dans son entier. C'est cette cage thoracique que nous présentons à la Société. Les corps vertébraux commencent à se dévier au niveau de la 2e vertèbre dorsale; la colonne vertébrale, sa courbe terminée, ne reprend la ligne médiane qu'au niveau du promontoire environ. Cette déviation de la colonne fait que le diamètre vertical de la cage thoracique n'est plus que de 15 centimètres à la partie moyenne. Les côtes sont plus longues du côté gauche que du côté droit : les côtes droites viennent, par leur face interne, s'adosser à la face latérale droite et même à la face antérieure des corps vertébraux : la gouttière vertébrale du côté droit n'existe donc pas. Au contraire, du côté gauche, il y a une anfractuosité profonde. La loge destinée au foie a une forme conique limitée en dedans par les corps vertébraux au moment où ils tendent à regagner la ligne médiane et les côtes qui ont dévié à ce niveau pour reprendre leur écart naturel avec la colonne. Du côté gauche, les côtes qui sont allées chercher leur point d'attache au fond de l'anse décrite par les corps vertébraux déviés sont beaucoup plus longues ; la 4e côte qui a 23 cent. à droite en a 30 à gauche. La longueur de la ligne sinueuse décrite par la série des apophyses épineuses est de 33 cent. de l'apophyse épineuse de la 7e cervicale à l'apophyse épineuse de la 5e lombaire. La corde de l'arc ainsi décrit est de 24 cent. L'examen des autres organes n'a qu'un intérêt secondaire. Les reins examinés, macroscopiquement et microscopiquement, n'ont rien présenté de remarquable ; cependant l'urine trouvée dans la vessie était légèrement albumineuse. Le foie qui avait pris une forme bizarre n'avait rien qui méritât d'être noté.

Réflexions. — Cette observation nous a semblé intéressante à plus d'un titre. S'il n'est pas rare de voir chez les enfants rachitiques les troubles congestifs du poumon (la rougeole, par exemple, amène promptement la mort par asphyxie), il est moins fréquent d'observer ces phénomènes chez l'adulte. Chez notre malade, tout était réuni pour causer la mort par asphyxie. Les poumons extraordinairement réduits de volume devaient, à l'état normal, à peine suffire à l'hématose.

Quand une congestion très intense et très étendue causée par la présence des tubercules au sommet, est venue diminuer encore le champ respiratoire, l'asphyxie est arrivée fatalement. Je ne sais si l'on a déjà signalé beaucoup de cas de cette nature : mort par asphyxie chez une malade à colonne vertébrale déviée; asphyxie amenée par une fluxion sanguine intense autour de tubercules crus. Le volume et le poids si petits des poumons ont un intérêt particulier en pareil cas. Enfin le cœur était petit, c'était un cœur d'enfant de 12 ans; les vaisseaux qui en partaient avaient un calibre des plus réduits. Toutes ces causes réunies ont dû avoir une influence considérable sur la fin si rapide de notre malade.

10. Lésions mitrales. — Endocardite muqueuse de la valvule tricuspide pulmonaire ; par M. Poupon, interne des hôpitaux.

Le 30 mars 1885. Marie D....., âgée de 46 ans, mécanicienne, entrait à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Laboulbène, salle Sainte-Marthe, lit 17. Cette femme était en pleine asystolie; elle racontait qu'elle avait eu autrefois des rhumatismes articulaires à la suite desquels il lui était resté des palpitations.

Cette malade avait du pouls veineux jugulaire. Le pouls artériel était petit, inégal. Elle accusait une grande dyspnée. L'inspection dénotait une voussure de la région précordiale. La palpation indiquait que la pointe battait dans le 6e espace intercostal. La percussion de la région précordiale ne permettait pas de délimiter exactement le cœur à cause de la lame pulmonaire qui passait devant et à l'auscultation, on entendait un double souffle au niveau de l'orifice mitral. Le foie était gros et douloureux. La malade prit chaque jour 30 centigr. de macération de feuilles de digitale, du lait, de la queue de cerises, etc. Quelques jours après son entrée, Marie D... fut prise de dyspnée énorme et nous montra des crachats noirs sanglants qui avaient tous les caractères de ceux de l'apoplexie pulmonaire. Des crachats semblables furent rendus pendant cinq ou six jours. A l'auscultation, on entendait des râles sous-crépitants très fins avec des zones de matité disséminées et prédominant à la base. Il y avait même à droite un peu de diminution des vibrations thoraciques.

La malade continua à avoir une dyspnée de plus en plus forte et mourut le 12 avril 1885.

Autopsie. — Le cœur, un peu hypertrophié, présentait une dégérescence graisseuse d'une partie de ses fibres. Les valvules sigmoïdes de l'aorte étaient fibro-calcaires. La valvule mitrale était rétrécie et formait un entonnoir fibreux dont les parois étaient fortement sclérosées avec plaques de dégénérescence granulo-calcaire. Du côté du cœur droit les lésions étaient les suivantes : la valvule tricuspide offre sur ses bords une série de crêtes verruqueuses d'origine récente. Dans l'oreillette droite et même dans le ventricule droit quelques caillots blanchâtres fibreux.

Sur le poumon droit nous trouvons deux infarctus gros comme une noix, l'un situé dans le lobe moyen, l'autre au niveau du lobe inférieur. Dans le poumon gauche, le lobe inférieur est remarquable par la présence d'une dizaine de gros infarctus du même volume que ceux du poumon droit. Le lobe supérieur légèrement rétracté, n'en présente qu'un.

Réflexions. — Nous nous trouvons donc en présence d'une vieille cardiaque qui a eu des infarctus pulmonaires. Or, on sait que M. Duguet rattache à une embolie partie du cœur droit l'origine de l'apoplexie pulmonaire. Cette embolie peut se produire par suite du détachement

de caillots formés dans les cavités droites ou d'endocardites. Ne serions-nous pas ici en présence d'une embolie produite par le détachement des verrucosités situées sur la valvule tricuspide. Il nous paraît impossible de le prouver, mais ce fait nous a paru bon à publier car il serait possible qu'un certain nombre d'embolies pulmonaires fussent produites par des endocardites verruqueuses de la valvule tricuspide.

Société anatomique. — La Société a renouvelé son bureau qui est ainsi composé pour l'année 1886 : MM. Cornil, président ; Féré, Jalaguier, vice-présidents ; Babinski, trésorier ; Broca, archiviste ; Charrin, Raymond Durand-Fardel, secrétaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1886. — Présidence de M. Duplay.

Cette séance était la séance annuelle.

Prix décernés pour l'année 1885. — *Prix Duval* : à M. le Dr Phélippot pour sa thèse intitulée : résultats tardifs des désarticulations du pied. — *Prix Laborie* : Le sujet mis au concours était : valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs. La société décerne le prix à M. le Dr Lagrange, et une mention honorable avec encouragement de 300 francs à M. A. Delaine, interne des hôpitaux. — *Prix Demarquay* : Le sujet mis au concours était : de la pathogénie des luxations pathologiques. La société décerne le prix à MM. les Drs E. Forgue et D. Maubrac ; elle accorde une mention honorable à M. le Dr Barrette, prosecteur de la Faculté.— *Prix Gerdy* : Le sujet mis au concours était : gangrène des membres, étiologie, pathogénie traitement chirurgical. La société partage le prix entre MM. les Drs C.-A. Liégeois et F. Bouillet.

Programme des prix que la Société décernera en 1886.— 1° Le Prix Duval pour la meilleure thèse. Le montant de ce prix est porté à 300 francs, grâce à la générosité de M Marjolin. — 2° Prix Laborie, au meilleur travail sur un sujet de chirurgie. Le montant est de 1,200 fr. — Les Prix Gerdy et Demarquay ne seront pas décernés avant 1887.

Séance du 3 février. — Présidence de M. Horteloup.

M. Gilette présente un malade âgé de 25 ans auquel il a pratiqué la *résection* des trois quarts externes de la clavicule pour une ostéite avec séquestres et fistules intarissables. L'opération n'a été suivie d'aucun accident et le malade a conservé les mouvements complets de l'articulation.

M. Trélat a l'habitude, quand il se trouve en présence de cas analogues à celui de M. Gilette, de mettre complètement à nu la substance osseuse afin de n'être pas gêné par le périoste. S'il existe une tuberculose osseuse, l'os est friable, dépressible ; M. Trélat l'essuye avec la tréphine et toutes les portions d'os qui se laissent pénétrer par elle, il les enlève ; s'il existe des cloaques conduisant sur des séquestres, M. Trélat porte le diagnostic d'ostéomyélite et extirpe toute la portion d'os atteinte. Dans le cas de M. Gilette, M. Trélat eût enlevé les séquestres, gratté les bourgeons charnus et bruni la place avec l'iodoforme.

M. Le Dentu a pratiqué la résection des deux cinquièmes externes de la clavicule et de l'acromion ; il a revu son opéré hier et a pu constater que les mouvements avaient repris leur ampleur et leur intégrité. La crainte de l'abolition des mouvements ne doit pas être une cause d'abstention dans les résections.

M. Gilette pense que l'extraction simple des séquestres n'eut pu amener un résultat durable et qu'il eut toujours fallu tôt ou tard en arriver à la résection.

M. Trélat se base pour soutenir son opinion sur l'aspect des lésions qui toutes semblent indiquer que la clavicule réséquée par M. Gilette était atteinte d'ostéomyélite.

M. Lucas-Championnière donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Desmon (de Saint-Quentin) et se rapportant à une *opération de Porro*.

Sans vouloir juger d'une manière définitive la valeur comparative de l'opération de Porro et de l'opération césarienne, M. Lucas-Championnière aurait peut-être de la tendance à préférer cette dernière qui est plus simple et plus facile et donne des résultats statistiques supérieurs à ceux de l'opération de Porro.

M. Lebec lit une observation de *tumeur fibro-kystique du ligament large. Laparotomie. Guérison.*

M. Delorme donne la relation d'un certain nombre de faits de *raclage du radial et du sciatique sans accident primitifs ou consécutifs.*

M. Routier lit une observation de *fracture ancienne du crâne avec enfoncement, accès epileptiformes. Trépanation quatre ans après l'accident. Guérison.*

M. Humbert présente un malade au nom de M. Th. Anger. C'est un jeune garçon qui a reçu dans la région de la nuque un coup de stylet, au niveau de la 7me vertèbre cervicale. Il s'ensuivit une paralysie du membre inférieur droit avec anesthésie du côté gauche. Aujourd'hui tous ces phénomènes ont disparu et le malade est complètement guéri. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 janvier 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Huchard a étudié les propriétés physiologiques et thérapeutiques de *l'uréthane*. Ce médicament qui appartient à la série des éthers jouit de propriétés hypnotiques particulières. Il est très soluble, dans l'eau et à la dose de 3 gr. à 3 gr. 50 chez un adulte produit, pendant 6 à 8 heures, un sommeil paisible sans cauchemars. On peut également l'employer chez les enfants. M. Huchard recommande pour ces derniers la potion suivante :

Eau distillée Eau de fleurs d'oranger au sirop simple	} 20 grammes.
Uréthane	0 gr. 20 cent.

à prendre en deux jours.

M. Vigier fait une étude clinique de ce corps qui est un carbonnate d'éthyle. Il est probable qu'il est éliminé par les urines, mais jusqu'ici on ne lui connaît pas de réaction caractéristique.

M. Petit a également cherché, au point de vue chimique, un autre hypnotique, l'*hopéine*, importé d'Amérique comme un alcaloïde du houblon dont il rappelle l'odeur caractéristique. Ses recherches lui ont démontré que la compagnie qui en a le monopole s'était livrée vis-à-vis des consommateurs à une mystification des mieux caractérisées. L'hopéine n'est autre chose que de la morphine aromatisée avec de l'essence de houblon ; elle présente en effet tous les caractères chimiques de cet alcaloïde et le lavage fait disparaître son odeur particulière. On a dit que le houblon d'Europe n'en renfermait pas et que c'était un houblon propre à l'Amérique centrale qui seul la fournissait. Étant donné que la morphine coûte 0,50 centimes le gramme et l'hopéine de 3 à 4 francs, il y a tout lieu de se demander si l'on ne se trouve pas en présence d'une simple affaire commerciale

M. Dujardin-Beaumetz donne une théorie générale des médicaments hypnotiques qu'on peut diviser en quatre groupes : les anesthésiques, les analgésiques, les sédatifs du système nerveux, les hypnotiques proprement dits. Ces derniers seuls font véritablement dormir. Ils produisent le sommeil en amenant l'anémie cérébrale et en influençant de cette façon la cellule nerveuse. Aussi, l'opium qui amène la congestion doit-il être rayé de la liste des médicaments hypnotiques. La *virtus dormitiva* que lui attribuait Molière est usurpée : il procure un bien être qui remplace le sommeil, mais il n'endort pas.

M. Huchard pense que l'anémie cérébrale n'est pas la condition *sine qua non* du sommeil : il faut surtout tenir compte des modifications imprimées par le médicament au fonctionnement de la cellule nerveuse. Du reste, il existe pour tous ces agents des idiosyncrasies particulières ; tel individu qui dort avec le bromure de potassium ne dort pas avec l'hypnone. Il est des vieillards qui dorment mieux après avoir absorbé une petite dose d'eau-de-vie ou une tasse de café que deux ou trois grammes de choral.

MM. C. Paul et Féréol s'étonnent véritablement des théories

émises par MM. Dujardin-Beaumetz et Huchard. Alers que nous sommes encore si mal fixés sur les conditions circulatoires qui président au sommeil physiologique, on vient parler des modifications cellulaires qui président au sommeil pathologique. Il serait important de dire au moins comment on a étudié des modifications à travers les parois crâniennes et la substance cérébrale que recouvre les corps cellulaires. Tous deux considèrent avec leurs devanciers que l'opium fait parfaitement dormir et puisqu'on a parlé de Molière le « nous avons changé tout cela » de l'immortel comique pourrait bien être rapproché dans la circonstance de la *virtus dormitiva* à laquelle ils continueront de croire jusqu'à plus ample informé.

M. Campardon dit que l'opium ne l'a jamais fait dormir. Il s'est toujours très bien trouvé de son association avec le chloral.

M. Guyot rappelle qu'il a entendu M. Vulpian soutenir dans ses cours de pathologie expérimentale la théorie de la congestion pendant le sommeil (1).

M. Le Président résume la discussion.

Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 7 janvier 1886. — Présidence de M. Letourneau.

MM. Trucy et Amiard offrent plusieurs *crânes de Hovas et de Salakaves*. M. Trucy donne quelques renseignements ethnographiques sur les *populations de Madagascar*.

M. Mongenon présente un jeune *métis* de *français* et de *neo-calédonienne,* âgé de 11 ans environ. Ce sujet montre les caractères mixtes du père et de la mère ; il est intelligent. Sa dentition précoce rappelle celle d'un enfant de 13 à 14 ans d'après M. Manouvrier.

M. Bonnafont a observé en 1837 à Constantine un fait de *metissage* suivi dans trois générations. Un maure (blanc) épousa une négresse pur sang. Il en eut une fille blanche comme le père, mais avec les lèvres grosses et prognathe comme la mère. Cette fille fut mariée à un nègre ; elle en eut un enfant qui avait quatre ans quand M. Bonnafont le vit en 1838. Cet enfant avait la figure blanche comme sa mère mais sans l'épaississement des lèvres et le prognathisme, il rappelait donc son grand-père maure ; mais à partir du milieu du cou, tout le reste de la peau était noire presque autant que celle de son père.

Séance du 21 *janvier* 1886. — Présidence de M. Magitot.

M. Fauvelle montre un *axolotl* ; cet animal ayant eu un *traumatisme* à l'extrémité d'une patte, il se produisit en ce point plusieurs doigts dirigés en sens divers. Chez ce même animal, une blessure ayant porté sur le sommet de la queue, il se fit en ce point une division en deux de l'arête supérieure de la queue. A propos de ce fait il s'engage une longue discussion sur la question envisagée à un point de vue général.

M. Duval rappelle que, tandis que les poulets n'ont ordinairement que quatre doigts, la race de Houdan en a héréditairement cinq, que parfois même la polydactilie peut devenir exubérante, et qu'on peut observer jusqu'à six doigts.

M. Blanchard pense que les faits de production de doigts surnuméraires ne peuvent étonner. Les recherches des embryologistes ont démontré en effet que dans le bourgeon destiné à constituer la main, on observe des rayons qui sont les futurs doigts et que souvent ces rayons dépassent le nombre des doigts définitifs, neuf dans un cas. Il se produit donc dans les cas normaux une atrophie des rayons surnuméraires tandis que les autres suivent leur évolution complète. On conçoit que si cette évolution porte sur tous les rayons, il y a production de doigts supplémentaires. D'ailleurs ce fait est souvent héréditaire et à ce sujet on se rappelle qu'il existe en Arabie une race royale qui ne se mélange pas et dont tous les membres ont depuis plusieurs siècles un doigt supplémentaire à chaque membre. Ces faits d'ailleurs ne sont pas très rares même en France. Quant à l'explication de la reproduction des membres chez les batraciens, M. Hervé fait observer que ces animaux sont pour ainsi dire dans un état embryonnaire permanent et que le moindre traumatisme réveille cet état dans toute son intensité ce qui leur permet de reconstituer des membres entiers.

Bien plus, d'après M. Laborde, qui rappelle les expériences de Vulpian et Philippeaux, les salamandres peuvent même reproduire des parties de cerveau. D'ailleurs M. Laborde a pu constater chez une poule une néoformation d'une partie du cervelet qu'il avait enlevée.

L. Capitan.

(1) Plusieurs auteurs, et entre autres M. le professeur Guyon, admettent et soutiennent cette théorie. (*Note de la Réd.*)

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. **Traité de diagnostic général des maladies nerveuses** ; par P.-J. Mœbius. — Leipzig. — Vogel, 1886.

II. **Hystéro-catalepsie chez un homme, attaques suspendues par la pression du testicule** ; par Allan M'Lane-Hamilton, New-York. — Brain, janvier 1886.

III. **Paralysie spasmodique primitive et paralysie pseudo-hypertrophique chez différents membres de la même famille** ; par R.-W. Philip.

IV. **Un cas de sclérose latérale amyotrophique avec clonus de la mâchoire inférieure** ; par C.-E. Beevor, avec une note sur la réaction du tendon du masseter dans l'état de santé et de maladie ; par A. de Watteville. — Brain, janvier 1886.

V. **Nouvelles observations sur la paralysie alcoolique** ; par J. Dreschfeld, Brain, janvier 1886.

VI. **De l'hystérie chez les enfants** ; par Paul Peugniez. — Delahaye et Lecrosnier, 1885.

VII. **La Nervosité** ; par P.-J. Möbius. — Leipzig, 1885. 2e édition J.-J. Weber.

I. Nous n'avons pas en France de livre comparable à celui-ci, et c'est là une lacune fâcheuse, car ce traité présente à plusieurs points de vue une utilité incontestable. Non seulement il constitue un guide sûr grâce auquel on peut être certain de prendre une observation de maladie nerveuse sans rien omettre, mais encore il indique exactement comment on doit procéder pour faire d'une façon vraiment méthodique la recherche de tel ou tel phénomène, l'examen de telle ou telle fonction ; enfin, et par là, il mériterait aussi le nom de *Traité de séméiotique,* il contient une étude détaillée de chaque symptôme en particulier aussi bien que des troubles qui atteignent les différents organes, les différentes fonctions.

Nous devons signaler tout particulièrement certains chapitres, notamment celui consacré à la *paralysie* ; les différentes formes de paralysie, leur valeur au point de vue du diagnostic et de la localisation des lésions y sont étudiées d'une façon très complète ; l'auteur insiste, et avec raison, sur les caractères qui permettent de différencier les paralysies d'origine cérébrale, nucléaire ou périphérique. Les autres troubles du mouvement (ataxie, tremblement, mouvements associés, mouvements choréiformes, athétose, etc..., etc...), sont analysés avec soin. A propos des différents modes de l'excitabilité musculaire l'auteur expose d'une façon très résumée mais claire et suffisamment complète les principales notions indispensables pour pratiquer l'*examen électrique*, et indique, au point de vue du diagnostic, la valeur des modifications pathologiques constatées par cet examen.

Puis vient la partie consacrée à la *sensibilité*, c'est sans aucun doute une de celles qui rendront le plus de services aux médecins, car elle contient les indications nécessaires pour procéder à l'examen non seulement des différents modes de la sensibilité générale, mais encore des organes des sens, notamment de ceux de la vue et de l'ouïe, examen dont l'importance est si grande, on le sait, dans les maladies nerveuses, et dont les règles ne sont cependant généralement pas exposées dans les traités consacrés à celles-ci.

Le chapitre de l'*aphasie* et des troubles de la parole en général est aussi un de ceux qui seront le plus utiles à consulter, grâce au soin qu'a pris M. Mœbius de le tenir au courant des travaux les plus récents : c'est surtout le schéma de Lichtheim qui sert de base à l'exposition de ces troubles et à la localisation qui doit leur être attribuée.

Une des subdivisions de l'ouvrage contient l'étude des principaux désordres psychiques.

Puis viennent une série d'appendices : 1° un tableau des métiers dangereux pour la santé, rangés suivant le degré de nocuité. — 2° un exposé complet, quoique bref, de l'action des différents muscles du corps et des troubles causés par leur paralysie, exposé qui s'appuie principalement sur l'œuvre de Duchenne de Boulogne. — 3° l'indication des symptômes consécutifs à la lésion des nerfs crâniens, des nerfs rachidiens, du grand sympathique.

Notons aussi un chapitre très intéressant sur les signes de la dégénérescence individuelle et héréditaire (malformations des oreilles, etc., etc...).

C'est donc là, comme nous le disions tout à l'heure, un livre des plus utiles, puisqu'il contient tout ce qu'il importe de savoir et aussi tout ce qu'il est bon de revoir quand on se livre à l'étude des maladies nerveuses. Ajoutons que l'ouvrage est écrit par un homme d'une compétence indiscutable que ses précédents travaux sur la neuropathologie et notamment ses revues critiques très soignées des Schmidt's Jahrbücher avaient tout naturellement préparé pour remplir dignement cette tâche difficile. Le style est clair; le texte est coupé en alinéas nombreux, parsemé de caractères bien distincts pour souligner les sous-titres. Une centaine de figures y sont contenues, dont bon nombre consacrées à la topographie soit des centres, soit des organes périphériques.

II. Homme de 35 ans, marié depuis 8 ans, d'une intelligence supérieure, s'était, quelques années auparavant, sous l'influence de revers dans son commerce, adonné à la morphine. Peu après une pneumonie, le malade fut pris d'attaques dans lesquelles il roulait les yeux, parlait sans en avoir conscience et présentait une aptitude spéciale à conserver ses membres dans la position où on les avait placés. Il existait une très légère *flexibilitas cerea*. Dès qu'on fit la pression du testicule la rigidité se relâcha, les bras retombèrent, la conscience revint. Les attaques ne se reproduisirent plus.

III. Le titre de ce travail attire à un haut degré l'attention; il serait en effet bien instructif d'assister à la combinaison dans une même famille de deux maladies aussi distinctes que la paralysie pseudo-hypertrophique et la paralysie spasmodique primitive, une myopathie et une myélopathie d'origine héréditaire. — Malheureusement, s'il est vrai qu'il n'y ait aucun doute sur l'existence de deux cas de paralysie spasmodique chez le père et chez un de ses enfants, il faut cependant reconnaître que la nature de cette paralysie spasmodique est assez indéterminée, et que d'après les principaux caractères de sa production, il semble bien improbable que l'on ait là affaire à la vraie paralysie spasmodique primitive, dépendant d'un vice congénital, à la *maladie de Little* en un mot, ou, si l'on aime mieux, au *tabes dorsal spasmodique* des enfants. Aussi croyons-nous que les faits signalés par Philip, tout en présentant un intérêt indiscutable au point de vue de la susceptibilité du système nerveux dans cette famille, ne peut cependant être considéré comme un exemple de myélopathie d'origine vraiment congénitale.

IV. Femme de 46 ans, début par le côté gauche de la face, puis le bras gauche, plus tard symptômes de paralysie bulbaire: sept mois après le début, la main droite commença aussi à être faible. L'auteur passe rapidement sur les différents symptômes qui ne s'éloignent d'ailleurs pas de ceux qui se voient d'habitude dans cette affection, pour arriver à mettre en relief le clonus de la mâchoire inférieure ; on le produisait rien qu'en plaçant le doigt sur les dents de celle-ci, qui aussitôt se mettait à vibrer comme le fait le pied dans les cas où existe le clonus du pied; il pouvait aussi être produit en percutant le massters; la percussion du grand zygomatique amenait la rétraction du coin de la bouche. L'auteur se demande si le claquement de dents observé à la suite du froid ou dans le frisson ne serait pas de l'ordre des réflexes tendineux, et se propose de faire de nouvelles recherches à cet égard.

La note de M. de Watteville est destinée à la recherche du phénomène de la mâchoire (jaw-jerk) chez les personnes saines ou malades. L'auteur recommande de placer un abaisse-langue ou un coupe-papier par sa surface plane sur les dents de la mâchoire inférieure, surtout au niveau des canines et des prémolaires, la bouche étant entr'ouverte sans raideur, on donne un coup avec le marteau à percussion sur le coupe-papier, dans le voisinage des dents; il s'ensuit une contraction plus ou moins ample, toujours appréciable pour un doigt introduit entre les molaires du côté opposé. Dans des expériences faites en commun avec M. Waller, l'auteur a trouvé pour le temps perdu de cette secousse 0",02; aussi conclut-il que, pas plus que le phénomène du genou, elle ne peut être considérée comme un réflexe.

Nous ajouterons que le phénomène de la mâchoire n'est pas chose nouvelle en France, et que nous nous souvenons de l'avoir vu rechercher par M. le professeur Charcot depuis plusieurs années; dans un cas de sclérose latérale amyotrophique, publié par notre maître et par nous (*Arch. de neurol.*, 1885, n°s 28 et 29); l'intensité des secousses obtenues par la percussion du masséter est même notée d'une façon expresse. — Nous croyons que c'est avec raison que MM. Beevor et de Watteville attirent l'attention sur ce signe, car il semble avoir une certaine importance clinique. Nous croyons cependant devoir continuer en attendant d'autres preuves, à le considérer, ainsi que le phénomène du genou, comme étant d'ordre réflexe.

V. On sait que le rôle de M. Dreschfeld, dans l'histoire de la paralysie alcoolique, a été des plus actifs; ce dernier travail est, lui aussi, fort intéressant. Après avoir rappelé la bibliographie la plus récente sur ce sujet et notamment l'excellente thèse de Œttinger qui semble avoir échappé à la plupart des auteurs allemands, M. Dreschfeld divise les cas qu'il a observés en deux classes : ataxie alcoolique, paralysie alcoolique.

Pour ce qui est de la première forme, on sait combien les manifestations ataxiques sont fréquentes dans le cours de l'alcoolisme, et le nom de pseudo-tabes des alcooliques employé par Krücke est parfaitement d'accord avec la réalité; d'ailleurs, ces faits ont été bien étudiés dans la thèse toute récente de Leval-Piquechef. — M. Dreschfeld donne l'observation de trois cas de ce genre; dans un quatrième, il y a réunion de l'ataxie alcoolique avec la paralysie ; enfin, les quatre malades suivants présentaient d'une façon marquée l'aspect de la paralysie alcoolique. L'auteur fait remarquer que, dans un cas, il y avait un gonflement du dos de la main, analogue à celui qui existe dans la paralysie saturnine (tumeur dorsale du poignet); il a pu de même observer un état lisse spécial de la peau assez voisin du glossy-skin. — L'autopsie d'un des malades a permis une fois de plus de constater que, dans la paralysie alcoolique, c'est bien d'une névrite multiple périphérique qu'il s'agit.

VI. Bien qu'un certain nombre de cas d'hystérie chez les enfants ait été publié par différents auteurs, il n'existait aucun travail d'ensemble sur cette question, du moins pour ce qui concerne l'hystérie dans les deux sexes. Le travail de M. Peugniez comble fort heureusement cette lacune.

Rare avant 6 à 8 ans, l'hystérie devient relativement assez fréquente, passé cet âge. L'aspect qu'elle revêt chez les enfants ne diffère par aucun point essentiel de celui qu'elle présente chez les adultes et il est intéressant de retrouver dans la description de M. Peugniez, la plus grande partie des symptômes qui s'observent chez les adultes. Troubles psychiques, troubles viscéraux, moteurs et sensitifs sont absolument identiques, quel que soit l'âge des malades; nous appelons notamment l'attention sur l'étude des modifications du côté des sens spéciaux qui sont intéressés tout aussi bien que chez les personnes plus âgées, le champ visuel surtout présente un rétrécissement tout à fait caractéristique, facile à constater sur les schémas insérés dans le cours de l'ouvrage. De même les attaques convulsives sont tout à fait analogues à celles des adultes et présentent les

mêmes caractères, la même succession des phases fondamentales.

L'auteur insiste avec juste raison au point de vue étiologique sur l'influence de l'hérédité, et à ce propos reproduit la théorie ingénieuse des mouvements plastidulaires émise par M. Batault (de Genève), dans sa thèse sur l'hystérie chez l'homme. Quant au traitement, M. Peugniez se prononce nettement en faveur d'une éducation méthodique et dans les cas intenses d'un isolement rigoureux.

De nombreuses observations ajoutent encore à l'intérêt de ce travail.

VII. Ce nouveau volume fait partie d'une collection populaire de livres illustrés sur la santé et sur les maladies d'un certain nombre d'appareils, c'est donc surtout une œuvre de vulgarisation s'adressant de préférence aux gens du monde. Mais pour être présentée sous une forme moins dogmatique, l'exposition des faits ne laisse rien à désirer quant à la clarté et à l'exactitude scientifique. On trouvera dans ce volume une description très complète de la neurasthénie, de ses manifestations si diverses, de ses causes si multiples, le tout classé d'une manière méthodique qui facilite beaucoup l'étude d'un sujet aussi complexe. Nous appelons spécialement l'attention sur le chapitre des généralités, dans lequel l'auteur indique ce qu'il faut entendre par nervosité, quelle est la place de celle-ci dans la pathologie nerveuse générale, quelles relations étroites la relient et l'unissent aux autres névroses. L'influence de l'hérédité sur la genèse des maladies nerveuses nous a paru aussi avoir été traitée avec un soin tout particulier. P. Marie.

THÉRAPEUTIQUE

Des préparations de quinquina,

Par le Dr Achenne.

Si l'on considère les préparations officinales de quinquina inscrites au Codex, on doit reconnaître qu'il n'en est pas une qui représente un médicament à composition définie. Le médecin ignore donc la dose des principes qu'il prescrit et que le malade doit absorber. Il l'ignore d'autant plus que les préparations les plus habituellement usitées, le vin et les extraits, sont soumis, sinon à l'arbitraire du préparateur, du moins au hasard de la composition des produits employés. Nous savons tous, en effet, combien est différente la teneur des diverses sortes de quinquina en principes actifs ; et même, avec des échantillons différents des mêmes sortes, les préparations non titrées ne sauraient fournir des produits semblables que par à peu près.

Il est vraiment singulier que cette simple remarque n'ait pas conduit les réformateurs du Codex à modifier leurs formules et à ordonner des modes de préparation plus conformes aux règles d'une thérapeutique exacte et précise. Ce que la routine ou d'autres soucis (*de minimis non curat prætor*) ont empêché nos graves législateurs de faire jusqu'à ce jour, un pharmacien très distingué de Paris, M. Roy, l'a entrepris et scientifiquement résolu.

Il part d'un quinquina jaune calisaya, tirant un minimum de 3 p. 100 d'alcaloïdes, et de cette substance première ainsi définie, il retire, au moyen de procédés perfectionnés, tous les principes utiles du quinquina ; les alcaloïdes sont obtenus au moyen de la chaux et de l'alcool bouillant, suivant la méthode suivie pour préparer le quinium ; on a ainsi un extrait contenant tous les alcaloïdes de l'écorce, qui sont les principes fébrifuges.

Mais cette opération aurait éliminé le tannin et les matières colorantes que la chaux précipite à l'état insoluble. Aussi, dans une opération préalable, M. Roy fait un extrait aqueux qui, lui, retient l'acide cinchotannique ou tannin de quinquina, la matière colorante et d'autres substances dont l'ensemble représente la partie proprement *tonique* de l'écorce.

La réunion de ces deux extraits ou leur mélange, constitue un produit vraiment original qui, rigoureusement, peut s'appeler extrait normal de quinquina ; il mérite bien le nom de *Quinium Roy*, puisque l'auteur a été le premier à doter la thérapeutique de cette préparation remarquable.

Sa supériorité sur les vins de quinquina ressort clairement de cette considération, que les vins épuisent si peu les écorces que celles-ci peuvent ensuite être traitées utilement pour en obtenir de la quinine ; et encore, la petite quantité d'alcaloïdes d'abord dissous se précipite en partie, l'acide tartrique et le tannin du vin l'entraînant au fond, en un dépôt que des filtrations réitérées enlèvent, au préjudice de l'efficacité de la préparation.

Le *Quinium Roy* est une préparation solide ; il est granulé et se présente sous l'aspect d'une poudre rose, cristalline. Il est soluble dans l'eau et mieux dans le vin plus à chaud qu'à froid.

Chacun peut l'accommoder soi-même, selon son goût ou les conseils du médecin, et de la façon la plus variée.

Le *Quinium Roy* représente exactement, poids pour poids, tous les principes actifs de la poudre de quinquina jaune :

Une cuiller à potage contient 30 centigr. d'alcaloïdes, — plus qu'un demi-litre de bon vin de quinquina ; une cuiller à café représente 10 centigr. de ces mêmes principes fébrifuges.

La dose convenable dans les fièvres graves sera donc de 2 à 3 cuillers à bouche par jour, et, comme tonique, de 1 à 2 cuillers à café.

Une demi-cuiller à café de granules de quinium dans un verre à madère de vin suffit pour une prise, que l'on renouvellera dans la journée, selon les indications.

Les praticiens apprécieront un produit tel que le *Quinium Roy*. Il leur permet de délaisser les préparations surannées de quinquina, qui font vraiment injure à notre temps et à la science.

BIBLIOGRAPHIE

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, avec figures dans le texte et une planche en couleur ; par M. A. Petit, médecin aide-major de 1re classe à la direction du 16e corps. — Doin, éditeur, Paris.

Les nouvelles lois militaires, en atteignant tous les médecins jusqu'à l'âge de 40 ans, établissent en même temps pour ces derniers l'obligation de connaître le service qui leur est imposé. Or, s'il est vrai que les règlements, en temps de paix ou en temps de guerre, constituent la base de conduite ; leur rédaction est absolument insuffisante pour les détails du service. Epars du reste en divers volumes du *Journal officiel*, constitués par des circulaires, des décisions ministérielles difficiles à se procurer, il était indispensable de les résumer en un tout homogène, spécial à chaque catégorie d'appelés.

C'est pour ces motifs qu'en ces derniers mois, nous avons vu successivement paraître divers manuels de chirurgie d'armée et d'hygiène militaire. Un des derniers livres en ce genre est celui de M. le médecin aide-major Petit, pour les médecins et pharmaciens de réserve et de la territoriale.

Il a été rédigé sous forme de 11 leçons, comprenant les notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie ; les notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne ; le fonctionnement des infirmeries régimentaires ou postes de secours : les infirmiers et les brancardiers régimentaires ; les hôpitaux militaires ; les ambulances ; les hôpitaux mobiles et sédentaires, les ambulances de gare et d'évacuations.

La 2e partie comprend les décrets réglant les droits et devoirs des médecins de réserve et de l'armée territoriale. Quelques résumés succincts indiquent les secours à fournir aux blessés, leurs transports, etc.

Enfin, une bonne planche schématique montre les échelons successifs du service de santé sur le champ de

bataille, depuis le poste de secours jusqu'aux hôpitaux civils de l'intérieur.

Nous ne saurions trop engager les médecins de réserve et même les médecins de l'armée active à se pénétrer du fonctionnement du service dans toutes ses branches. Si quelques essais bien réduits, ont été tentés dans le 6e corps, il est permis de dire que, même aux grandes manœuvres, nous n'avons pas assisté encore au fonctionnement régulier du service de santé d'un corps d'armée. En sorte que nul jusqu'ici ne peut affirmer ce que donnerait l'application exacte des règlements, sur le terrain. Ce qu'il faudrait voir ou étudier, c'est la mise en action, à tous les échelons, de nos règlements nouveaux, avec la convocation des médecins de réserve et de l'armée territoriale, pendant 15 jours; ce serait la mobilisation en un mot du service de santé d'un corps d'armée, avec son matériel.

En attendant cette répétition générale, trop coûteuse, notre devoir est de connaître à fond tous les rouages de cette vaste machine.

Cet excellent petit livre rendra service à l'échelonnement de la réserve et de la territoriale, auquel l'auteur l'a destiné; mais l'armée active peut y faire aussi une bonne récolte.

Nous savons que d'autres manuels se préparent sur le matériel de guerre des ambulances et les formations sanitaires sur le champ de bataille. Ces études, n'en doutons pas, faciliteront singulièrement le bon accomplissement du service au grand jour de son application. F. P.

Les innovations du Dr Sélectin; par J. Giraud-Godde. — Paris, 1885. — Plon et Cie.

Le nouveau roman que vient de publier M. Giraud-Godde est une fine critique des difficultés que rencontrerait l'application des idées de Fourier et des autres chefs des écoles phalanstérienne et positiviste dans notre société moderne. Le Dr Sélectin est un Don Quichotte, mais un Don Quichotte qui a progressé, car, si le héros de Cervantes a l'esprit troublé par les romans qui ont fait la fortune de la Bibliothèque bleue, la cervelle du héros de M. Giraud-Godde est mise en ébullition par la lecture des travaux de Fourier, A. Comte, Darwin, Herbert-Spencer, Stuart-Mill, etc., etc., ces pionniers de l'idée nouvelle. L'action de ce roman est suffisamment ingénieuse pour intéresser le lecteur, même en dehors du fonds de critiques légères des utopies phalanstériennes, et nous y avons pris, quant à nous, grand plaisir. M. Giraud-Godde est un des principaux rédacteurs de La *Revue du mouvement social* que dirige notre ami Ch. Limousin et je le soupçonne fort (en tout bien, tout honneur) d'être un peu *Sélectin* et de n'être pas ennemi des innovations. H. Durand.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

18 juin 1655. — *Argent retenu par les Religieuses*: Monsieur Forne a donné avis qu'un pauvre homme qui estoit à l'aumosne de la paroisse de St Jean et qui est depuis mort à l Hostel Dieu avoit donne à la religieuse qui le receut dans lHostel Dieu la somme de quatorze livres en diverses especes. De quoy s'estant enquis de ladite religieuse *après avoir au comencement dénié* avoir receu aucune chose a reconeu a la fin avoir receu trois louis d'argent qu'elle a dit avoir este destinez par ledit deffunt pour *faire dire des messes* pour luy et qu'elle en a desja fait dire quatre à quoy il est besoin de pourvoir attendu la consequence. Surquoy quelques uns de Messieurs ayant dit qu'il y a eu quelques memoires dressez pour faire un reglement à ce sujet. La Compagnie a prie Messieurs Cramoisy, Le Conte, Forne, Lhoste, de veoir lesdits mémoires et de dresser ledit reglement pour apres le raport qui en aura esté fait, la Compagnie le faire exécuter pour l'advenir (*Reg.* 23, p. 2).

2 juillet 1655. — *Religieuse receue contre l'ordre du Bureau*: Monseigneur le 1er President ayant demandé s'il y avoit quelque affaire importante au Bureau, Monsieur de Gomont a dit qu'il y en a deux que l'on a remis lorsque ledit Seigneur 1er President seroit present au Bureau concernant les religieuses de l Hostel Dieu et l'autre le reglement à faire en la maison des Convalescentes dépendante dudict hostel Dieu, soubz la conduite de Mlle Sercamanen (1). Surquoi Mgr ledit 1er President a dit qu'il fallait commencer par celle des religieuses, ensuite de quoy ledit sieur de Gomont a fait lecture des délibérations des 16 avril 12 et 13 may derniers. M. Cramoisy a dit qu'il avoit entre les mains une délibération du 15 juillet 1639 par laquelle il paroit *que le Bureau doit avoir beaucoup plus d'authorité sur la conduite et les personnes des religieuses qu'il n'en a maintenant.*

Monsieur de Gomont a dit qu'il estoit besoing de reprendre encore plus avant ce qui concerne les religieuses de l Hostel Dieu *dont le nombre a été réglé à* 80, scavoir: 40 sœurs, 40 filles blanches, par un règlement fait en 1535 et a fait lecture de plusieurs actes de délibération du Bureau en datte du 12 avril 1625, 10 may, 27 octobre et 10 décembre 1636, 4 juin 1637 et 15 juillet 1639; a aussy fait récit des dernières délibérations des 16 juin, 1, 4 et 31 juillet, 23 octobre et 23 decembre 1654. En conséquence de ce l'affaire ayant esté pleinement agitée et discutée touchant le pouvoir, les droits et la possession du Bureau de ce qui pouvoit et devoit estre fait pour faire exécuter ces délibérations, la Compagnie a estimé à propos d'en remettre la conclusion au premier jour, auquel Mgr le 1er Président a dit qu'il se trouveroit pour ce sujet qui est important et que cependant lorsqu'il parleroit à Monsieur le Doyen de Nostre Dame touchant la maison du Parvis. Il luy feroit cognoistre l'advantage qu'il y auroit *que Messieurs et les directeurs du spirituel fussent bien unis avec le Bureau qu'il seroit à propos qu'ils vinssent quelquefois au Bureau* pour conférer ensemble, puisqu'il paroist qu'ils y sont quelquefois venus de conferer en pareil rencontre. Que le Bureau *pouvoit de son authorité délibérer et resoudre sur l'affaire* qui se présente, mais que ces sortes de conferences seroient plus utiles aux uns et aux autres pour le bien de la maison (*Reg.* 23, p. 12 et 13).

17 septembre 1655. — *Le Spirituel fait des difficultés pour venir au Bureau*: Le vendredy 10 septembre dernier, Monsieur Gamoisy a fait récit de ce que le dimanche précédent, cinquiesme dudit mois luy et Messieurs Leconte, Lhoste, de Gomont, Pepin et Perreau estant en la procession du Rozaire en l'Hostel Dieu, Monsieur le Doyen de Notre Dame les fit prier d'entrer à la sacristie. Il leur parla d'une fondation que madame Moreau vouloit faire a l Hostel Dieu, et ensuitte de la clef nouvellement faitte sur le pont laquelle de l'ordonnance du Bureau est entre les mains de monsieur le Conte, qu'il dit que cette clef et toutes les autres de la closture de l Hostel Dieu doivent estre entre les mains de *monsieur le maistre de l Hostel Dieu*, que Monsieur le Conte parla des clefs qu'il a et de celles qu'a le Panetier, que l'on envoya quérir monsieur le Maistre pour scavoir entre les mains de qui les clefs estoient autrefois, que cependant monsieur le Doyen dit que le Bureau faisoit des entreprises et que l'on n'avoit souffert monsieur le Conte demeurer dans l Hostel Dieu qu'à cause de sa personne, *que les jours du Bureau ne s'acomodoient point avec ceux du chapitre* que l'on luy offrit une conference à un jour extraordinaire, ainsy que le Bureau l'avoit résolu sur la parole de Mgr le 1er Président, mais que ledit sieur doyen tesmoigna *qu'il pouvoit assister au Bureau comme administrateur du temporel*, et pour avoir la liberté d'y assister, il demanda que l'un des jours ordinaires du Bureau fust changé De quoy il s'expliqua plus particulièrement à monsieur de Gomont que Monsieur de Saint Jean Granger avoit retenu en la sacristie. De quoy monsieur de Gomont a fait récit après ledit sieur Cramoisy et ensuitte a este fait lecture d'un arrest de la Cour de l'année 1535 par lequel les jours du Bureau sont assignés les mercredy et vendredy, ainsy qu'on pratique de les tenir. L'affaire a esté jugée en conséquence et il en sera donné advis à Mgr le 1er Président.

17 septembre 1655. — Et le mardy 15me du present mois, Monsieur Perreau a dit que Monsieur de Gomont et luy allèrent le mesme jour chez Mgr le 1er Président et luy firent le récit de ce qui s'étoit passé, Sur quoy ledit Seigneur premier President a dit qu'il viendroit au Bureau, vendredy prochain. — (Les choses trainent ainsi en longueur jusqu'au 1er octobre. — Voyez pour la suite *Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*, publiés par M. Briele; tome 1er, page 107).

5 novembre 1655. — *Le spirituel vient au Bureau; cérémonial*: Messieurs ayant pris place et commençans de délibérer sur quelques affaires particuliers, il a esté dit à la Compagnie que Monsieur le Doyen de Nostre Dame et Monsieur de Gamaches, chanoine qui est l'un des deux nommez par le Chapitre pour la direction spirituelle de lHostel Dieu estoient à la porte du Bureau, on a commandé aussy tost à l'huissier de les faire entrer et de leur donner des sièges au bout du Bureau du costé de la fenestre, lesdits Sieurs doyen et de Gamaches sont entrez avec leurs chapes noires de chanoines, chacun de messieurs s'est levé lors qu'ils sont entrez, lesdits sieurs ont pris leurs places aux sieges qui leur

(1) Une laïque.

estaient preparez. Le salut fait de part et d'autre, on s'est assis et couvert, et après, Monsieur le Doyen a dit que la mère Prieure luy avoit mis entre les mains ung mémoire pour monstrer que l'augmentation des religieuses estoit necessaire, qu'*encores qu'elles fussent en grand nombre qu'il n'y en avoit neantmoins pas assez* à cause du grand et continuel travail qu'il y a dans l'Hostel Dieu et qu'une grande partie des Religieuses sont incommodées ou a cause de leur ancien aage ou à cause des infirmitez survenues que le travail leur a causé que le nombre des salles a esté augmenté depuis quelques années, qu'il avoit apris qu'un pareil mémoire avoit esté mis entre les mains de quelques-uns de Messieurs du Bureau dez le comencement de l'année ; *que depuis ce temps là, on n'y avoit fait aucune réponse*, que ce mémoire avoit esté donne pour montrer le besoin de l'augmentation, mais qu'il ne faloit point que le Bureau en prist davantage et s'en faire un titre pour se persuader qu'il ait le pouvoir de conoistre de l'augmentation des religieuses, qu'il ne *croioit pas que la reception des religieuses dependoit de l'administration temporelle*, que comme il estoit de la connoissance spirituelle de ne point admettre les personnes qui se présentaient pour estre religieuses, il leur apartenoit aussy de les recevoir, et que messieurs les administrateurs du Temporel ne devoient point prendre connaissance de l'un pas plus que de l'autre. — Monsieur Hoste a repondu que pour les religieuses, que l'on ne prétendoit point de la part du Bureau qu'il luy apartenoit de conoistre de leurs capacités et pour les recevoir ou pour ne pas les admettre, ou pour leur donner congé auparavant la profession, cela estant du spirituel, mais qu'à l'*égard de l'augmentation et du nombre, cela estoit du temporel*, ou du moins de l'un et de l'autre ensemble, et que si l'augmentation estoit necessaire on la feroit très volontiers, mais avec connoissance de cause ou l'on suplie Monsieur le Doyen de contribuer de ses advis et de faire par un commun accord ce qui se trouvera raisonnable, qu'on pourroit avertir que les indispositions ou incomoditez des religieuses procédoient de ce que *l'on négligeoit de pratiquer une chose qui étoit autrefois observée*, c'est à scavoir qu'on ne recevoit *point de religieuse qu'elle n'eust été visitée et jugée capable par les médecins*.

Sur quoy Monsieur le Doyen a repondu que Quant aux religieuses, on convenoit de part et d'autre de la raison qu'il n'y avoit que la manière de l'exécuter, qu'il déclaroit n'avoir point de dessein de contester à Messieurs les administrateurs du temporel tout ce qui pouvoit leur apartenir, mais qu'il n'avoit point apris que Messieurs des Bureau eussent autre chose que l'économie du revenu, et que, partant, il ne leur apartenoit point de conoistre de l'augmentation du nombre des religieuses, ny de ce qui en dependoit, que l'establissement du Bureau (*laique*) n'étoit point si ancien que l'on ne sceust que le temporel aussy bien que le spirituel de l'Hostel Dieu dependoit du Chapitre, que le Chapitre n'avoit jamais pris à la connaissance immédiate du temporel, mais qu'il l'avoit commis à des religieux et des religieuses qui en rendoient compte au chapitre, qu'y ayant eu quelques plaintes, *on y avoit mis d'abord quatre bourgeois* qui n'estoient que pour faire profiter le bien et non autre chose, qu'il estoit étrange que *l'on voulust introduire un ordre dont on n'avait jamais ouy parler pour les Visites des Religieuses*, qu'eux mesmes laissaient aux religieuses de juger de la capacité de celles qui solicitent pour estre admises en l'Hostel Dieu, que les religieuses sont plus capables de les conoistre pendant sept ou huit années d'exercer auparavant la profession, que non pas *des médecins par l'inspection d'un moment*, et d'ailleurs plus estrange que ce fussent messieurs les administrateurs du temporel qui voulussent introduire cette nouveaute.....

Il a esté repliqué par Monsieur Lhoste : Quant à l'augmentation des religieuses, le Bureau a droit et possession de cognoistre de cette augmentation si elle est necessaire qu'on le fait conjointement avec messieurs les directeurs du Spirituel, que le droit résulte des termes de l'arrest de 1505 qu'il avoit entre les mains, dont il a voulu faire lecture, et du reglement fait en 1535, qu'il a dit avoir examiné, qu'il y eut deux administrateurs du Temporel avec les personnes y nommées pour la reformation de l'Hostel Dieu *tam in capite quam in membris*, que la possession se voit par les registres de ce qui a esté fait pour augmenter de quatre vingtz à cent et de cent a six vingtz, que les arrests de la possession donnent à messieurs les administrateurs du Temporel un tout autre droit que Monsieur le Doyen n'a représenté. Il a dit que la visite dont il *avoit parlé n'estoit point une nouveauté* que l'on peut s'informer de Monsieur Moreau, premier medecin de l'Hostel Dieu, que cela s'est encore observé depuis qu'il est a l'Hostel Dieu qu'il n'y a pas quinze ou seize ans que l'on l'a discontinué. Que les Religieuses peuvent à la vérite reconoistre durant six ou sept ans la capacite d'une fille qu'elles ont éprouvée mais qu'elles ne peuvent pas reconoistre les infirmitez qui n'apparoissent [illegible] quelles neantmoins le corps a de la disposition et que la [illegible] la capacité doit estre au temps de la profession qu'on ne recevroit pas une fille qui serait incapable lorsqu'elle seroit preste de faire profession encore qu'elle eust rendu service six ou sept ans auparavant, qu'il ne fait que donner cet avis, sans prendre autre interest ; qu'il faloit une conference avec messieurs les directeurs spirituels pour scavoir si l'augmentation estoit necessaire.

Sur ces entrefaites, M. le Doyen demanda d'ouvrir la conférence. Surquoy monsieur de Gomont ayant pris la parole a dit que peu de temps après qu'il eut l'honneur d'estre au Bureau, les Religieuses de l'Hostel Dieu demanderent la reception de deux filles qu'elles amenèrent au bureau. Suivant la coutume, le Bureau surcit à les recevoir jusqu'a ce qu'il eust esté informé du nombre des religieuses qui estoient alors dans l'Hostel Dieu. Il en avoit un mémoire dressé par aucuns de messieurs Messieurs Le Conte et luy sieur de Gomont furent deputez pour en conférer avec la mère Prieure : ils se transportèrent eux deux ensemble dans les sales de l'Hostel Dieu et ne purent la rencontrer.

Sur ce, Monsieur Le Conte alla aux champs et pria ledit Sieur de Gomont de conferer luy seul de ce memoire avec la mère Prieure. Il le fit ; que le memoire qui contenoit les noms des religieuses fut reconnu veritable par la mère Prieure, laquelle dit qu'il y avoit quelques religieuses qui n'estoient plus capables de servir, les unes à cause de leurs infirmitez survenues et causées par le service. Il croit que ce mémoire se montait alors *à six vingt sept* ou huit, quoique le nombre ne deust estre que de six vingtz et que les *Religieuses que l'on disoit lors estre inhabiles pour le service, fussent lors marquées jusqu'au nombre de huit ou dix*. Pendant que le Bureau vouloit delibérer sur ce nombre, la *mère Prieure réceut les deux filles*. Il y eut des délibérations pour ce sujet et entre autres une en la presence de monseigneur le Premier Président par laquelle il fut arresté *qu'il ne seroit plus receu aucune religieuse que le nombre ne feust réduit a six vingtz*. Quelque temps après, la mère Prieure demanda l'augmentation du nombre des religieuses. Luy sieur de Gomont estant dans l'Hostel Dieu ; elle luy donna un mémoire pour justifier la necessité d'augmenter le nombre qui est. Comme il avoit un pareil memoire que celuy que tient à présent Monsieur le Doyen, il est de mesme papier, de mesme ecriture et à mesme fin, elle luy lent aussy un memoire escrit de la main de Monsieur le Maistre contenant le nom des religieuses et dans lequel elle remarqua alors comme il croit jusqu'au nombre *de seize qui n'estoient plus capables* de servir, qu'il est vrai que cela fut fait environ le commencement de l'année comme il a esté dit qu'encore qu'il y eust long temps, ce mémoire n'a point esté oublié, ny la prière de la mere Prieure negligée. Luy sieur de Gomont lui fit donner advis du jour que Mgr le 1er President devoit venir au Bureau afin qu'elle peust s'y trouver si elle le trouvoit à propos. Elle y vint elle aporta un pareil memoire. Il fut leu en sa presence. Puis il en fut conferé avec les maitres au Spirituel.

Apres une foule de contestations notamment les instances faites par MM. du Spirituel pour faire changer les jours de Bureau, M. de Gomont dit que les administrateurs déclarent qu'ils ne le peuvent faire *qu'il est de leur devoir et de leur obligation de soutenir et de défendre l'administration temporelle comme elle leur a été commise, de ne point diminuer de l'estat auquel leurs predecesseurs l'ont fait*, et de la laisser aussy avantageuse a ceux qui leur succederont. On a desja fait recherche de ce qui pouvoit servir a cet éclaircissement que le *premier titre pour l'établissement du Bureau est contraire à la pretention de messieurs du spirituel* ; Que l'arrest du mois de May 1505 qui est entre les mains de *M. LHoste donne toute l'administration temporelle aux huit bourgeois y nommez et à ceux qui seront* en leur place ; que par cet arrest qui est execute depuis plus de 150 ans *il ne reste au Chapitre aucune marque ny pouvoir de l'administration du temporel, sinon que deux de Messieurs les Chanoines pourront assister à la reddition des comptes*. (*Reg.* 23, pages de 86 à 97).

Il serait trop long d'analyser tout ce que la Compagnie et les maitres au Spirituel ont discute dans cette seance Victorieux sur la question de l'administration, les bourgeois se laissent endoctriner par le doyen et augmentent de 10 le nombre des religieuses.

Canines supérieures.

Les *canines* ou Unicuspidées ont une couronne conoide, un peu rétrecie dans le diametre transverse, moins large que les *incisives centrales*, mais plus que les laterales, convexe dans les trois quarts de la circonference, très peu concave a la face palatine. Elle se renfle à partir du collet de la dent pour se terminer par une pointe mousse echancrée sur les cotes et evidée du coté palatin.

La racine des canines est ordinairement unique, quelquefois bifide, plus volumineuse que celle des *incisives* et toujours plus longue que celles des autres dents. Cette racine est aplatie lateralement et presente un sillon dans son sens longitudinal. La longueur de ces racines varie entre 15 et 17 millimètres. Elles ne sont pas toujours droites, et offrent quelquefois des sinuosités assez prononcées. L'*Apex Radical* lui-meme est souvent terminé en

crochet. Cette disposition anatomique de la racine des *canines*, est une des causes de la difficulté qu'éprouve souvent l'opérateur à pratiquer l'avulsion de ces dents.

Chez les *Anthropoïdes*, les canines sont très-fortes et très développées, si bien qu'un espace appelé *diastème* existe entre les *incisives* et les premières *prémolaires* pour permettre à ces dents de se loger une fois la bouche fermée. Chez le male, ces dents, qui sont *sexuelles*, sont plus puissantes que chez les femelles et du reste elles ne se montrent que plus tard chez eux. Elles ne font en effet éruption qu'en même temps que la troisième molaire. D'après les observations de MM. Hyades et Galippe faites sur la dentition des Fuégiens, ceux-ci posséderaient des dents de sagesse vers l'âge de douze à treize ans. Il est regrettable que ces messieurs ne nous disent pas si les canines se manifestent en même temps, si elles sont plus grosses chez le mâle que chez la femelle, et s'il y a des traces de diastème. Broca et Carl Vogt ont, paraît-il, trouvé cet état reversif sur quelques crânes d'Européens.

Le manuel opératoire à employer pour l'extraction des canines, diffère sensiblement peu de celui employé pour l'avulsion des incisives. L'on fait usage du même davier. L'on a les mêmes précautions à prendre. Il faut, néanmoins, faire pénétrer plus profondément les mors du davier sous la gencive, la couronne de la canine étant plus longue et débordant toujours les autres dents. Le point d'appui des mors du davier doit être d'autant plus profond, que la racine est plus longue. Les bords alvéolaires peuvent même être saisis sans inconvénient. Sans cette précaution, sans le mouvement de rotation pour détacher la dent de ses connexions avec l'alvéole, les mors glisseraient sur celle-ci, pourraient faire croire à l'opérateur sa mobilisation et, confiant en lui-même, celui-ci tirerait en bas et vers lui, et ne ferait autre chose que de briser la couronne au niveau du collet. Autrement, la dent bien saisie, et le davier pris à pleine main, les mouvements de rotation suffisamment prolongés, la dent se détachera, moins facilement que les incisives, c'est vrai, mais elle viendra néanmoins, si l'effort est continu et uniforme, sans fracture, ce qu'il faut éviter avant tout.

Toutefois, il se peut faire, pour une cause ou pour l'autre, que la dent vienne à se fracturer. Si la fracture n'est pas profonde, et qu'il n'y ait pas d'éclat, l'on saisit le même davier et la main toujours dans l'axe de la dent, l'on pousse celui-ci, de façon à écarter les bords alvéolaires et à pénétrer dessous. Il faut avoir soin que les deux becs des mors pénètrent ensemble à la même profondeur, et que l'un ne soit pas plus enfoncé que l'autre, auquel cas, l'instrument glisserait par la pression. Lorsque l'on sent une résistance suffisante, l'on serre fortement en rapprochant les branches du davier, puis on fait les mouvements de rotation avec lenteur et sans brusquerie. La racine viendra à la suite de cette manœuvre.

Fig. 13.

Si la racine venait à etre brisée avec éclats, et que ceux-ci fussent mobiles, avec la *pince bayonnette* (*fig.* 13,) on les pourra facilement extraire.

La fracture est-elle profonde à ce point que l'emploi du davier est difficile, voire même impraticable, on a recours alors à l'*Elevateur*. Le manuel opératoire, pour ce cas, sera le meme que pour les incisives.

Après les fractures des dents à racine unique, tant qu'il est possible d'employer le davier ou la pince à racines, nous le préférons à toute autre manœuvre.

Laïcisation des Hôpitaux

Conseil municipal de Marseille. — *Séance du* 1er *février* 1886. — Après une question de M. Rech sur les fournitures de bureau de la mairie, M. Dubiau invite le Conseil à reprendre la discussion des articles du budget, laissés en suspens.

Article 123. — Subvention aux hospices, 750,000 fr.

M. Blanc-Aillaud expose dans quelles conditions on doit accorder la subvention aux hospices, il ne faut l'accorder qu'à la condition que le service hospitalier de notre ville soit *laïcisé*. Evidemment cette proposition soulève des objections de la part de certains économistes et républicains qui traitent cette laïcisation d'utopie, mais M. Blanc-Aillaud est convaincu que cette laïcisation qui s'impose n'a jamais été sérieusement tentée et qu'elle donnerait d'excellents résultats. L'orateur conclut à la *laïcisation des hospices*.

M. Martin déclare qu'il est du devoir des délégués du Conseil municipal à la Commission des hospices de donner leur avis sur cette grave question, et M. Martin, au nom de ses collègues, va donner cet avis. Et il le donne son avis, un peu longuement; c'est une opinion diffuse qu'il faut dégager d'un fatras de détails inutiles. M. Martin était partisan de la laïcisation et il cite, à ce propos, un discours qu'il prononçait en 1870 à propos d'une distribution de prix. En passant, il ouvre une parenthèse originale pour dire qu'à cette époque s'il fut villipendé par les gazettes cléricales il ne fut pas défendu par les journaux républicains. Mais revenons à la laïcisation.

Laïcisation! question grave que M. Martin a examinée sous toutes ses faces, car nous n'oublions pas qu'il en était partisan. La preuve, il a laïcisé la pharmacie des hôpitaux. Quant aux autres services, il est inutile de les laïciser et comme arguments à cette assertion, il passe en revue les diverses charges occupées par les sœurs et démontre ou essaye de démontrer que les religieuses ne peuvent se livrer à aucune propagande cléricale ou politique. Et les détails succèdent aux détails; les bonnes sœurs si bien défendues par M. Martin, qui réclamait en 1870 la laïcisation, n'ont jamais égrené un chapelet de cette longueur.

Des laïques, dit M. Martin, et pour quoi faire! Elles n'ont pas les vertus des sœurs, l'abnégation des religieuses, la charité des filles de Dieu et patati et patata. Si vous prenez des laïques dévouées et catholiques, dit M. Martin, elles feront de la propagande religieuse, si vous prenez des libres-penseuses elles feront de la propagande à leur façon. Ces arguments sont si étonnants que je les transcris presque sous la dictée de l'orateur pour ne pas être accusé de parti-pris contre M. Martin.

L'orateur examine ensuite quelle sera la situation des laïques dans nos hôpitaux : situation pécuniaire surtout. Elle sera désastreuse pour nos hôpitaux qui seront obligés de payer fort cher un concours laïque, et M. Martin avec cette science des chiffres qui lui est propre, arrive à calculer que la ville perdra de ce chef cinq millions dans un siècle. Conclusion : conservez les sœurs dans les hôpitaux et faites un règlement plus rigoureux contre toute propagande religieuse ou politique. Où donc M. Martin a-t-il trouvé son chemin de Damas? A la commission des hospices. Les sœurs sont décidément bien habiles.

M. Michel Colomb renonce à la parole, M. Martin ayant défendu la cause qu'il comptait défendre.

M. Gras n'en veut pas à M. Martin, il considère son collègue comme l'instrument inconscient et de bonne foi des cléricaux tout puissants dans nos hôpitaux. M. Gras reprend un à un les arguments de M. Martin, et demande au nom de la liberté de conscience la laïcisation des hospices. Il ne veut pas laisser aux cléricaux le pouvoir dans nos asiles hospitaliers, l'expérimentation de la laïcisation provoquera sans doute quelques difficultés dès le début, mais si le Conseil le veut et le veut bien, on obtiendra dans peu de temps des résultats satisfaisants. Laissons, dit M. Gras, les cléricaux défendre leurs intérêts et sachons défendre les nôtres. Quant aux griefs reprochés par M. Martin aux laïques, M. Gras ne veut pas les examiner, ce sont des griefs gratuits à l'encontre d'une classe de la société qui, comme les autres, a son lot de vertus et de qualités humanitaires.

M. Martin répond quelques mots à M. Gras, c'est son propre panégyrique qu'il prononce à l'encontre de l'assertion de M. Gras, qui l'a appelé instrument inconscient et de bonne foi des cléricaux.

M. Girard est contre la laïcisation tant que le service ne pourra pas être fait régulièrement par un autre personnel. En passant, M. Girard affirme que la liberté de conscience existe dans les hôpitaux et que les faits revélés à l'enquête sont faux et controuvés.

M. Moulin tient à prendre la parole dans ces débats pour expliquer qu'il était lui aussi partisan de la laïcisation avant d'etre administrateur des hospices, mais comme M. Martin il a trouvé son chemin de Damas à l'Hotel-Dieu.

M. Gras explique dans quelles conditions on peut organiser un service hospitalier laïque, il suffit de faire appel au dévouement laïque et en créant dans les hôpitaux un service supplémentaire qui fournira dans six mois des personnes aptes à soigner les malades et à remplacer les sœurs. En tout cas, dit M. Gras, c'est une erreur de croire que les sœurs soignent les malades, elles les font soigner par des infirmiers et infirmières et n'ont pour mission que de servir d'intermédiaire entre ces derniers et les docteurs.

M. Le Mée, qui a trouvé dans cette question un thème facile à déclamation, se livre à son penchant favori de bavard; il est partisan, dit-il, du meilleur système qui rendra service aux malades.

M. Heckel lui aussi est administrateur des hospices et il tient à déclarer que la laïcisation dont il est partisan est absolument impossible avant un délai de plusieurs années et il s'étonne de voir plusieurs de ses collègues venir défendre au sein du Conseil un système hospitalier qui présente plus d'une difficulté

M. Girard prend la parole pour répéter ses premières déclarations.

M. Heckel soulève une tempete avec son appréciation sur les sentiments de ses collegues et M. Gras lui réplique par un fait personnel, qui produit une explosion de protestations sur un grand

nombre de bancs. Cet incident menace de s'éterniser. A propos de laïcisation on arrive à se demander : Depuis quand êtes-vous républicain? M. Gras répond qu'il n'est pas né à 30 kilomètres de Marseille et qu'on peut trouver des gens qui renseigneront les questionneurs.

M. BLANC-AILLAUD ramène le débat à son point de départ. Y a-t-il lieu de voter la subvention de 750,000 fr. aux hospices et dans quelles conditions doit-on voter cette somme? M. Blanc-Aillaud ne la votera que sous condition de laïcisation.

M. NICOLAS parle de la question de l'admission des étrangers dans les hôpitaux et il prie ses collègues de s'en tenir aux conclusions formulées dans le rapport de M. Maglione sur cette question. Quant à lui il propose à ses collègues de prier les administrateurs des hospices de laïciser d'abord la Charité, ce sera un acheminement à la laïcisation complète. Mais s'il vote le crédit demandé, il ne le votera que sous le bénéfice de la laïcisation

M. GERMONDY prie le Conseil de réserver la question des étrangers pour la discussion de laquelle il demande à être entendu.

M. LE MAIRE indique qu'une demande d'appel nominal sur la question lui est parvenue, ainsi que le vœu suivant : Le Conseil émet le vœu que tout le personnel des hospices soit laïcisé. *Ont voté pour ce vœu* : MM. Bouge, Goiran, Marchand, Nicolas, Gras, Cayol, Rech, Charve, Allard, Gal, Cohen, Bourelly, Germondy, Lapeyre, Vals, Brissy et Blanc-Aillaud. — 17 voix,

Ont voté contre : MM. Vassal. Dubiau, Raymond, Heckel, Le Mée, Michel Colomb, Girard, Moulin, Gay et Giry. — 10 voix.

Se sont abstenus : MM. Rossat, Fach et Martin.

Le vœu est adopté.

M MARTIN indique qu'à la suite de ce vote il donne, avec ses collègues MM. Girard et Heckel, sa démission d'administrateur des hospices.

Après une discussion assez longue, il est décidé, sur la proposition de M. Moulin, qu'on remplacera séance tenante les démissionnaires.

Ce vote ne se fait pas sans difficulté, au milieu d'un tumulte croissant. En voici les résultats : Sont élus administrateurs des hospices : MM. Germondy, Gras et Valz par 18 et 17 voix.

M. GERMONDY accepte le mandat qui vient de lui être confié et il y mettra tout le dévouement dont il est capable.

M. GRAS ne remercie pas ses collègues de l'honneur qu'ils viennent de lui faire; il ne se méprend pas sur la portée du vote, mais il saura faire son devoir au poste d'honneur qu'on lui a conféré.

M. HECKEL tient à déclarer que ses collègues et lui n'ont pas déserté leur poste, qu'on les a chassés.

On proteste contre cette interprétation.

C'est avec une très vive satisfaction que nous enregistrons la décision prise par le Conseil municipal de la cité républicaine de Marseille. Notre expérience de la question nous permet d'affirmer qu'il est très facile à la municipalité et à la commission des hôpitaux et hospices de Marseille de réaliser promptement la réforme votée par le Conseil, dans les conditions les meilleures, c'est-à-dire en remplaçant les religieuses par des laïques plus instruites qu'elles et mieux en mesure d'aider sérieusement les médecins et les chirurgiens dans leur tâche délicate et laborieuse. Il suffit pour cela de créer une *Ecole municipale d'infirmières*. Le personnel enseignant ne fera certainement pas défaut. Il faut trouver : 1° Un médecin pour faire 5 ou 6 leçons sur les notions élémentaires d'*anatomie;* — 2° Un second pour faire un nombre égal de leçons sur les notions élémentaires de *physiologie;* — 3° Un médecin ou un chirurgien pour faire une quinzaine de leçons sur les *pansements* et la *petite chirurgie ;* — 4° Un médecin pour faire une douzaine de leçons sur l'*hygiène;* — 5° Un accoucheur pour faire 5 ou 6 leçons sur les soins à donner aux *femmes en couches* et aux *enfants nouveau-nés ;* — 6° Un pharmacien pour faire 5 ou 6 leçons sur la *petite pharmacie;* — 7° Un conseiller municipal ou un administrateur pour donner quelques conférences sur l'organisation de l'Assistance publique à Marseille, sur la comptabilité hospitalière, etc. Enfin, la municipalité et la commission pourront trouver dans les hôpitaux des médecins ou des internes qui consentiront à donner des *leçons pratiques,* à l'hôpital.

Quant au *personnel nécessaire*, il y a certainement à Marseille un nombre suffisant de femmes dévouées, prêtes à suivre cet enseignement et à accepter les fonctions d'hospitalières. Pour réussir, il importe que les candidates, que les conseillers municipaux et la commission administrative soient bien persuadés de la *nécessité d'un enseignement professionnel sérieux*.

Laïcisation des hôpitaux.

M. le Dr Ar. Desprès n'a pas été satisfait de l'échec qu'il a subi dans la réunion publique tenue il y a quelque temps, salle des Mille-Colonnes. Il a provoqué une nouvelle réunion qui a eu lieu le samedi 30 janvier, salle Favié, à Belleville. Plusieurs orateurs, notamment M. Cattiaux, conseiller municipal, lui ont répondu. « Un ordre du jour, dit le *Temps*, a été voté, demandant *que la laïcisation des hôpitaux soit poursuivie.* »

L'école d'infirmières de Budapest.

Une société particulière, présidée par la reine de Hongrie et constituée au capital de 10 millions de francs, a fondé récemment à Budapest un hôpital modèle, connu sous le nom d'*Erzsébet tàbori korház* (*Elisabeth Feldspital*, hôpital de la Croix-Rouge).

Ce bel établissement, dont le Dr Pertik Ottó nous a facilité l'entrée, est situé à Bude, aux portes mêmes de la ville. Il est destiné à donner asile, en temps de guerre, à de nombreux blessés et, en outre d'une installation matérielle qui ne laisse rien à désirer, il possède, dans de vastes remises, des voitures d'ambulance d'un confortable achevé et auprès desquelles les voitures usitées chez nous feraient piteuse mine, des centaines de boîtes renfermant les instruments et ustensiles nécessaires pour pratiquer des opérations sous la tente ou sur le champ de bataille, etc. Tout cela est en ordre, astiqué, poli, brillant. Qu'une guerre vienne à éclater : en moins d'un jour, — le temps qu'il faut pour réquisitionner des chevaux et des conducteurs, — la Société civile de la Croix-Rouge enverrait sur le théâtre de la lutte un personnel d'élite, muni de médicaments, d'instruments et d'appareils de premier choix

En temps de paix, l'hôpital reçoit des malades payants et fonctionne alors à peu près comme notre Maison municipale de santé. Le tarif est le suivant : 1re classe, chambre à un lit, 6 florins (12 fr. 50) par jour ; 2e classe, chambre à deux lits, 3 fl. par jour ; 3e classe, chambre à huit lits, 1 fl 50 kr. par jour.

Le service est fait par des infirmières laïques, ainsi que par des élèves-infirmières suivant les cours de l'école annexée à l'hôpital. Ces élèves sont logées à l'hôpital et sont astreintes aux mêmes obligations que les infirmières ou les surveillantes elles-mêmes. Elles portent un uniforme qui consiste en une robe de toile bleue, une ceinture de cuir avec croix rouge sur la plaque, un brassard avec croix rouge; comme coiffure, un mouchoir blanc posé sur la tête à la mode hongroise.

Les cours sont moins complets et moins variés que dans nos écoles d'infirmières parisiennes : on n'enseigne à Budapest que la petite chirurgie, l'anatomie élémentaire et la pratique des pansements. Les cours sont faits par les chefs de service eux-mêmes. De plus, les élèves ont à leur disposition, pour tout livre d'étude, la traduction hongroise de l'ouvrage de Billroth : *Die Krankenpflege im Haus und im Hospital.*

Jusqu'à la date de ma visite (août 1885), soixante élèves avaient déjà passé l'examen et reçu le diplôme. Ces infirmières sont réparties entre divers hôpitaux, ou bien, à leur gré, deviennent garde-malades ; en temps de guerre, elles seraient toutes à la disposition de la Société civile de la Croix Rouge. R. BL.

Thèses soutenues devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Du 1er novembre au 31 décembre 1885.

MM. Rabaine (Louis-Charles) : Etude sur la périnéorrhaphie. — Martin (François-Louis) : De la contusion périnéale compliquée de rupture de l'urèthre. — Descubes (Pierre) : Etude sur les contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille. — Malphetter (J.-M.) : Contribution à l'étude du pied bot paralytique. — Durand (Gaston) : De la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Duchein (Pierre) : De l'Erysipèle pendant la grossesse et de son influence sur le produit de la conception. — Aubin : Recherche médicale de la criminalité dans l'avortement. — Monphous : De l'huile empyreumatique arabe de jaune d'œufs dans le traitement des ulcères et plaies ulcéreuses. — Annequit : Contribution à l'étude de la gastrotomie. — Delom-Sorbé : De la trépidation épileptoïde provoquée. — Denucé : Etude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle. Contribution à l'histoire des maladies infectieuses. — Eveille : Recherches statistiques sur la syphilis oculaire. — Routier : Etude critique sur les différents procédés d'énucléation, d'exentération et d'amputation du globe oculaire et sur leur valeur respective. — Biar : Etudes sur les fistules de l'uretère. — Cadenaule : Du traitement des névralgies par les courants continus. — Bahier : De l'emploi de la vératrine dans le traitement des tremblements symptomatiques. — Cazaubon : Des moyens les plus propres à favoriser le retour du mouvement dans les paralysies consécutives aux attaques d'apoplexie cérébrale.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 8. — *2e de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Béclard,

Hayem, Reclus. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re *Série* : MM. Tarnier, Guyon, Segond, — 3e *de Doctorat*, oral, 2e *Série* : MM. Lannelongue, Le Dentu, Pinard.

MARDI 9. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Richet, Duplay, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier ; — 2e partie (Charité) : MM Grancher, Duguet, Hanot ; — 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Cornil, Lancereaux, Raymond.

MERCREDI 10. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Lannelongue, Le Dentu, Kirmisson. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Hanriot. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, Joffroy.

JEUDI 11. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Duplay, Humbert ; — 2e partie : MM. Peter, Ball, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Lancereaux, Quinquaud.

VENDREDI 12. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Gucbhard. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Le Dentu, Pinard.

SAMEDI 13. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Hutinel. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) 1re *Série* : MM. Jaccoud, Laboulbène, Debove ; — (Charité), 2e *Série* : MM. Ball, Cornil, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 9. — M. Peyronnet de la Fonville. De la névralgie du trijumeau et en particulier de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle. — M. Pelegry. De l'homicide chez les persécutés.

Enseignement médical libre.

Clinique libre des maladies mentales et nerveuses. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le Dr Auguste VOISIN reprendra ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 7 février, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Accouchements. — MM. BAR et AUVARD recommenceront leur cours d'accouchement le lundi 15 février 1886, à 4 h. 1/2 du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi (rue Dauphine) et le continueront tous les jours à la même heure. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser soit à M. le Dr Bar, 4, rue St-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — M. le Dr DURAND-FARDEL commencera ce cours mardi 9 fevrier à 5 heures (à l'Ecole pratique, amphithéatre no 3) et le continuera les mercredis et mardis suivants.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. **Du dimanche 24 janvier 1886 au samedi 30 janvier 1886, les naissances ont été au nombre de 1319 se decomposant ainsi :** ***Sexe masculin*** **: légitimes, 503; illégitimes, 179. Total, 682. —** ***Sexe féminin*** **: légitimes, 449 ; illégitimes, 188. Total, 637.**

MORTALITÉ A PARIS. — **Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 janvier 1886 au samedi 30 janvier 1886, les décès ont été au nombre de 1172, savoir : 615 hommes et 557 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes Fièvre typhoide : M. 9. F. 5. T. 14. Variole : M 4, F. 1, T. 5. — Rougeole : M. 8, F. 7, T. 15. — Scarlatine : M. 0. F. 6 T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 6 T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 25, T. 39. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 3, F. 4 T. 7. — Infections puerpérales : 10 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 18 F. 16, T. 35. — Phthisie pulmonaire : M. 134, F. 70 T 204 — Autres tuberculoses : M. 16, F. 11. T. 27. — Autres affections générales : M. 22, F 46 T 68 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 34, F 68. T. 72 — Bronchite aiguë : M. 21 F. 19 T. 40 — Pneumonie : M. 63, F. 63. T 126. — Athrepsie : M. 27, F. 16. T 43. — Autres maladies des divers appareils : M. 217, F. 195. T. 412. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 13, F 10. T. 23. — Causes non classées M. 8, F. 8, T. 16.**

Morts-nés et morts avant leur inscription **: 106 qui se décomposent ainsi :** ***Sexe masculin*** **: légitimes, 46; illégitimes, 17. Total : 63. —** ***Sexe féminin*** **: légitimes, 32 ; illégitimes, 11. Total : 43.**

CONCOURS D'INTERNAT EN PHARMACIE DES HOPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mars 1886. — Se faire inscrire avant le 27 fevrier, a partir du 1er février, a l'Assistance publique.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Dernières questions posées à l'épreuve orale d'une heure après 24 heures de préparation : M. Moussous, *de l'aphonie* ; M. Parizot, *rechutes dans les maladies* ; M. Boinet, *formes et diagnostic de la paralysie générale* ; M. de Beurmann, *diverses formes de l'épilepsie, insister sur le diagnostic*. — Cette première épreuve définitive est terminée ; la seconde, ou épreuve clinique, a commencé vendredi 29 janvier à la Charité ; — les candidats appelés à subir cette épreuve ont été successivement : MM. Lobet, Layda, Lemoine, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé de trois mois, avec traitement à partir du 10 janvier 1886, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Budin, agrégé près la Faculté de médecine de Paris. — M. CHARPENTIER, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est rappelé à l'exercice pendant trois mois, à partir du 10 janvier 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. GAUCHER, préparateur des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1886, des fonctions de chef du laboratoire de la clinique de la Charité, en remplacement de M. Remy, appelé à d'autres fonctions. — Un congé du 1er janvier au 31 octobre 1886 est accordé, pour raisons de santé, à M. Cadiat, chef des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. — M. REMY, agrégé près la Faculté de médecine de Paris et chef du laboratoire de la clinique de la Charité e t chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Cadiat, des fonctions de chef des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté. — M. HACHE, docteur en médecine, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Henriet, décédé.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DEROUBAIX (Victor), pharmacien de 1re classe, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Morelle, des fonctions de chef des travaux pratiques de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. DEPLANQUE, docteur en médecine, préparateur d'histoire naturelle à la Faculte mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué, du 1er janvier au 31 décembre 1886, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté (emploi nouveau). — M. FOCKEN (Henri-Louis-Jean-Baptiste), licencié ès sciences naturelles, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire, 1885-1886, des fonctions de préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Deplanque, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé du 1er février au 31 octobre 1886 est accordé, sur sa demande, à M. Thibaut, chargé des fonctions d'agrégé et chef des travaux chimiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. BATTEUR, Georges, pharmacien de 1re classe, est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut.

FACULTÉ DE LILLE. — Par arrêté ministériel, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, s'ouvrira le 2 aout 1886, devant ladite faculté. Le registre d'inscription sera fermé un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. VALLAS (Maurice), aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour trois ans, prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Pravaz, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — La chaire de physique de la Faculté des sciences de Marseille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. VOULMIER, licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de physique a la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Hunolt, admis a faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. RICHE, Paul, est nommé préparateur de physique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Steinmetz, dont le temps d'exercice est expiré. — M. RIBOULOT, aide-préparateur de chimie à la Faculté de medecine de Nancy, est nommé preparateur des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Demange, dont le temps d'exercice est expiré. — M FISTIÉ, Camille, est nommé aide-preparateur de chimie à la Faculté de medecine

de Nancy, en remplacement de M. Riboulot, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé sans traitement, du 1er janvier au 1er juillet 1886 est accordé, sur sa demande, à M. Guinier, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier.

ECOLE NORMALE SUPÉRIEURE. — Il est créé près l'Ecole normale supérieure un laboratoire de botanique rattaché à l'Ecole pratique des Hautes Etudes.— M. BONNIER, Gaston, maître de conférences de botanique à l'Ecole normale supérieure, est nommé directeur dudit laboratoire (3e section de l'Ecole pratique des Hautes Etudes).

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. LENOEL (Louis), suppléant d'anatomie et phisiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est transféré, jusqu'au 30 novembre 1888, dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle à ladite Ecole.

ECOLE DE CAEN. — Par arrêté ministériel, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, s'ouvrira le 5 novembre, devant la Faculté de Médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Un autre concours aura lieu le 22 novembre 1886 à Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale à la même école.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande, jusqu'au 1er novembre 1886, à M. Bousquet, suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — M. FREDET, ancien suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est rappelé a l'exercice jusqu'au 1er novembre 1886.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par décision ministérielle, M. le Dr Berger, directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble, a été suspendu pour trois mois de ses fonctions ; M. Breton, doyen des professeurs, est chargé de l'intérim.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. MALEGUE, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de physique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Arnaud, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. LEVY-VALENSI (Jacob), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Courget, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. WINSBALH (Eugène-Marie), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique et de toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Laurent, démissionnaire.

ECOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET PHARMACIE MILITAIRE. Les Docteurs en médecine ci-dessous ont été nommés à l'emploi de stagiaire, pour prendre rang aux dates ci-après indiquées, savoir : MM. Galland (Gros-Caillou, 1er nov. 1885) ; — Fargin (Gros-Caillou, 17 nov. 1885) ; — Munschina et Adriet (Saint-Martin, 1er nov. 1885) ; — Delahousse (Gros-Caillou, 23 décembre 1885) ; Doublet (Gros-Caillou, 10 nov. 1885), — Mitry (hôpital mixte de Nantes, 26 nov. 1885) ; — Sébillon (Saint-Martin, 19 nov. 1885) ; Bourdin (Gros-Caillou, 22 décembre 1885) ; — Darbonet (Saint-Martin, 10 nov. 1885) ; — Guillebert (Charité à Lyon, 1er novembre 1885) ; — Sabatier (Gros-Caillou, 14 janvier 1886) ; — Chapart (Saint-Martin, 1er nov. 1885) ; — Rocheblanc (hospice mixte à Montpellier, 1er nov. 1885).

ANNUAIRE DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES HOPITAUX DE PARIS. — Au moment de mettre sous presse la nouvelle édition la Commission de l'Annuaire de l'internat prie les internes et anciens internes de vouloir bien lui communiquer les changements survenus depuis la nouvelle édition et d'adresser ces renseignements *le plus tôt possible* à M. le Dr Sevestre, 7, rue Scribe.

CONCOURS DE BÉBÉS. — Le Comité du *Concours universel de l'Enfance* sur la proposition de ses membres de patronage ouvre un concours entre tous les médecins français, pour la rédaction d'un ouvrage illustré destiné aux femmes de France et portant ce titre : *Le Livre des Mères*. Le jury du concours est composé comme suit : MM. les docteurs Georges Martin, sénateur ; Frébault, député ; Chassaing et Navarre, conseillers municipaux, de plusieurs médecins, professeurs à la Faculté, d'hommes de lettres, etc.

L'auteur de l'ouvrage couronné recevra une médaille d'honneur ; il sera tiré à un million d'exemplaires à distribuer gratuitement aux jeunes mères. Des exemplaires seront envoyés dans ce but à tous les maires et instituteurs de France avec prière, à ces derniers, d'instituer dans les écoles des conférences sur les préceptes d'hygiène scientifique contenus dans le *Livre des Mères*.

Pour tous renseignements, s'adresser au bureau du *Concours universel de l'Enfance*, 23, rue de Pontoise, Paris. — CONDITIONS DU CONCOURS. — Le *Livre des Mères* ne devra pas excéder cinquante pages in-8° de texte imprimé. Il devra être rédigé dans un style clair, simple et sera illustré suivant les indications de l'auteur, de vignettes explicatives. *Le Livre des Mères* doit être divisé en trois parties.

La première partie sous une forme anecdotique narrera les préjugés populaires concernant l'élevage des enfants en bas-âge et les combattra en exposant les préceptes d'hygiène naturels et scientifiques.

Dans la seconde partie l'auteur exposera le régime à suivre pendant la grossesse, il décrira l'alimentation la plus rationnelle, les soins à donner aux nouveau-nés, puis aux enfants du premier âge, les moyens de les préserver des épidémies infantiles, du muguet, du carreau, des coliques, de la diphtérie, etc. et de les soigner en cas de maladie avant l'arrivée du médecin. Il indiquera la manière de substituer l'allaitement mixte à l'allaitement maternel lorsque ce dernier est insuffisant ; il parlera des soins de propreté personnelle, nécessaires aux petits enfants, tels que bains, rechange de vêtements, promenade, etc.

La troisième partie indiquera scientifiquement l'usage, les qualités requises et le temps d'emploi des objets et des aliments indispensables aux enfants en bas-âge.

Sous aucun prétexte l'auteur ne recommandera des articles commercialement connus. Il se bornera à exposer dans son travail les qualités qui doivent les recommander aux parents. Les manuscrits signés d'une devise qui sera reproduite à l'intérieur d'un pli cacheté, contenant le nom et l'adresse de l'auteur, devront être envoyés au bureau du *Concours universel de l'Enfance*, 23, rue de Pontoise, Paris, jusqu'au 30 avril 1886, inclusivement.

CERTIFICAT D'APTITUDE POUR LES FONCTIONS DE BIBLIOTHÉCAIRE. — Le 31 mai prochain, il sera ouvert à Paris (Bibliothèque de l'Arsenal), une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire pour les bibliothèques universitaires ou bibliothèques des facultés des départements.

COURS MUNICIPAL DE PISCICULTURE. — M. JOUSSET DE BELLESME, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, a commencé ce cours le mercredi 26 janvier dernier, place Lobau n° 2 (derrière l'Hôtel-de-Ville) et le continue les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

ENFANTS-ASSISTÉS. — Le 27 janvier a paru à l'*Officiel* un décret déclarant d'utilité publique l'agrandissement, aussi promptement que possible, de l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

LEGS DELROUSSE. — Par arrêté du 10 décembre 1885, le Directeur de l'Assistance publique de Paris est autorisé à accepter le legs qui résulte des dispositions testamentaires de Mme Alquier, née Delrousse, qu'on évalue à plus de cinq millions. Il devra être employé à la construction d'un hôpital qui portera le nom de la donatrice.

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE. — Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au laboratoire municipal de chimie établi près la préfecture de police aura lieu, lundi 1er mars 1886, à 10 heures. S'adresser pour tous les renseignements au secrétariat général (service du personnel), de la Préfecture de police.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Georges MOREL, inspecteur de l'Académie de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Egypte, à l'effet d'étudier le fonctionnement des établissements français d'instruction et les moyens d'en améliorer l'organisation.

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. QUÉRIAUX, Henri-Théodore, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bourgeois, démissionnaire.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — En signalant la fois dernière les diverses mutations survenues dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris, nous avons oublié de mentionner le passage de M. Marchand à Saint-Antoine, en remplacement de M. Delens qui a le service d'ophthalmologie à Lariboisière.

NOMINATION. — Par décret du 31 janvier courant, M. Paul Bert, député, membre de l'Institut, est envoyé en mission temporaire en Annam et au Tonkin, pour exercer les fonctions de Résident général, telles qu'elles sont définies par le décret du 27 janvier 1886. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le succès de la mission pacifique de M. Bert.

NOMINATIONS DIVERSES.— MM. Moitessier et Grasset ont été élus délégués de la Faculté de médecine de Montpellier, au Conseil général des Facultés, institué par le décret du 28 décembre 1885. — M. A. Gautier, professeur à la Faculté, est nommé vice-président du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. MM. les Drs Frère et Levraud sont nommés membres de ce Conseil. — M. le Dr Camuset, médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Vaucluse, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère). — M. le Dr Nicolas est chargé d'une mission temporaire pour organiser à Panama le service médical des travaux du canal.

PRIX. — Le deuxième lundi de janvier 1887, la SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE de Paris décernera un prix de 600 francs à l'auteur du meilleur travail sur un sujet de médecine, chirurgie, ou obstétrique. Pour être admis au concours, les mémoires devront être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et une épigraphe reproduite en tête du manuscrit, et adressée franco au secrétaire général, Dr Cyr, 21, rue Cambacérès, avant le 1er novembre 1886.

PRIX INSTITUÉ PAR LE ROI DES BELGES. — Le prix annuel de 25,000 fr., destiné à encourager les œuvres intellectuelles, et institué par le roi de Belgique, sera attribué en 1889 « au meilleur travail sur les progrès de l'électricité comme moteur, moyen d'éclairage, et sur les applications qui en peuvent être faites. » S'adresser au ministère de l'industrie et des travaux publics à Bruxelles pour tous les renseignements.

MONUMENT A ROBIN. — Les amis et élèves de Charles Robin ont ouvert une souscription pour recueillir les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui perpétuera la mémoire du professeur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE —Séance du lundi 8 février 1886, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. *Ordre du jour:* I. — Rapport de la commission d'élection sur les titres des candidats à dix places de membres correspondants. II. — Suite et fin de la communication de M. Brouardel sur l'empoisonnement par la colchicine. III. — Analyse par M. Bouchereau, d'une brochure de M. Closmadeuc, sur le procès des sorciers de Lorient. IV. — Rapport de M. Brouardel, sur un cas de responsabilité médicale. V. — Rapport de M. Descoust, sur un cas d'asphyxie par strangulation. VI. — Rapport verbal par M. Masbrenier, sur l'affaire des frères Pelzer de Bruxelles.

STATUE A CLAUDE BERNARD — Le dimanche 7 février, à dix heures, aura lieu l'inauguration de la statue de Claude Bernard au Collège de France, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. Les cartes d'admission dans l'enceinte réservée sont distribuées rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 15 et permettent d'entrer par la porte de la rue Saint-Jacques.

SOUSCRIPTION BAUDRIMONT.— Une souscription est ouverte au bureau des *Archives de pharmacie* ; elle a pour but de faire placer dans la salle des professeurs de l'Ecole de pharmacie de Paris, le portrait du sympathique professeur Ernest Baudrimont.

SOUSCRIPTION DES ÉTUDIANTS DE MARSEILLE — MM. les élèves en médecine et pharmacie de Marseille ont offert aux hospice la somme de 19,455 fr. 55, produit de fêtes de bienfaisance diverses, et ont demandé l'édification d'un batiment d'isolement pour les maladies contagieuses des enfants. L'Administration a accédé à ce vœu.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de « *La medicina castellana* » revue bi-mensuelle, paraissant à Valladolid sous la direction du professeur Arturo de Redondo.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le professeur DANILEWSKI (de Kasan), est nommé professeur de chimie physiologique à Korkoff; M. Janosik, privat-docent est nommé professeur extraordinaire d'histologie et d'embryologie à Prague.

ERRATUM. — Il faut rectifier ainsi la répartition des internes en médecine et chirurgie pour l'hôpital TROUSSEAU. — *Médecine* : M. Triboulet : int , M. Hillemand. — M. d'Heilly : interne, M. Polguère. — M. Cadet de Gassicourt : int., M. Laffite. — *Chirurgie* : M. Lannelongue : int., MM. Hallé, Montprolit. — Pour l'hôpital BICHAT, nous devons ajouter aussi la rectification suivante : M Gouguenheim, int., M. Tissier ; — M. Huchard : int., M. Weber.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort des docteurs suivants : GÉLUSSEAU (de Nantes), qui a légué une somme de 1,000 francs à la caisse de l'Association des médecins de France ;—NADAUD, président de la Société de gymnastique d'Angoulême ; — DROUET (de Malakoff) ; PRUVOT (de Flixecourt) ; — DAMON (Saint-Just, Loire) ; GUICHARD (Choisity, Marseille); — CARTRON (de le Gua); —Dr LE CORNEY, médecin de la marine, mort à Paparats (Sénégal). — Le Dr FÉRIS, professeur de thérapeutique à l'Ecole de médecine navale de Brest, qui vient de succomber à l'âge de 37 ans ; il a collaboré au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* — Dr MICHIELS, (Quœdypre, Nord) ; — Dr BRIEND (à Plœuc, Côtes-du-Nord), mort à 76 ans, après 49 ans d'exercice ; — Dr VERDET (d'Avenay) ; — M. BAUDIN, médecin à Sampuis (Marne) ; — DEBARGUE, pharmacien à Epernay. — Dr VINCENT, d'Ay (Marne), dont la thèse : *Effets immédiats des blessures des vaisseaux sanguins*, (1847) et un mémoire présenté à l'Académie de médecine: *Traitement du choléra asiatique par le chloroforme*, (1856), furent assez remarqués ; — PUJOL, pharmacien à Belle-Eglise ; — A Marseille, M. Marc GOGUILLOT, élève des hôpitaux, vient de mourir de la variole contractée au chevet d'un malade ;—M. le professeur SANTESSON, de Stockolm ; — M. le professeur de physiologie à l'Université de Zurich, M. le Dr LUCHSINGER ; — M. le professeur GAETANO VALTORTA, à Venise. — M. le Dr BONNERIC, (de Limoux, Aude), qui vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de la profession médicale. — M. le Dr DOBROWSKY, médecin-major, à Vienne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

LE GRAND DU SAULLE, BOUYER (G.) et POUCHET (G.).—Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie. Volume in-8 de 1680 pages, avec 9 figures et 2 planches. — Prix : 27 fr.

SÉE (G.). — Des maladies simples du poumon, asthme pulmonaire, asthme cardiaque, congestion, hémorrhagies et induration du poumon, lésions des plèvres. Tome III. Volume in-8 de 627 pages. — Prix : 10 fr.

Chronique des hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — *Chirurgie.* M. VERNEUIL. — Consultations, mardis, jeudis, samedis. Clinique, lundis, mercredis, vendredis. — Salle Michon (H.) : 30, fracture ancienne de la colonne vertébrale ; 32, tumeur du pharynx ; 34, entéro épiplocèle enflammée; 36, arthrite du genou; 38, abcès périnéphrétique; 38 *bis*, kyste du creux poplité ; 45, fistule anale; 47, épithélioma du pharynx, adénopathie ; 51 *bis*, nécrose du grand trochanter avec contracture des muscles pelvi-trochantériens ; 53, abcès froid, coxalgie ; 55, plaie de la moelle par coup de couteau, paraplégie incomplète ; 57, coxalgie ; 60, abcès froid du sternum ; 62, exostose du maxillaire inférieur , 24, goître, 5, sarcocèle double.

Clinique médicale, — M. JACCOUD. Consultations le mercredi. Clinique le mardi, jeudi, samedi. — Salle Laënnec (F.) : 12, ectasie aortique; 21, syphilis, albuminurie; 24, cardiopathie mitrale et aortique ; 28, rétrécissement mitral, hémiplégie ; 35, mal de Pott, rein mobile, 38, endocardite infectieuse. Salle Jenner (H.): 6, néphrite scarlatineuse ; 23, mal de Pott cervical syphilitique avec hémiparaplégie ; 32, ataxie; 53, insuffisance et rétrécissement aortiques.

Accouchements. — M. MAYGRIER (Le service n'est pas encore ouvert).

Médecine. — M. BROUARDEL. Consultation lundi. — Salle Trousseau (F.) : 1, avortement et albuminurie ; 7, cancer de l'estomac avec dilatation ; 9, rétrécissement mitral ; 11, syphilis et grossesse ; 29, neurasthénie ; 32, cirrhose de Laënnec. — Salle Royer (H.) : 1, néphrite parenchymateuse ; 3, congestion pulmonaire ; 5, gangrène sénile ; 9, gastrite alcoolique ; 11, monoplégie brachiale ; 21, pneumonie ; 22, typhlite ; 29, artério-sclérose ; 31, fièvre typhoïde et phlegmatia ; 41, anémie des prisons.

Médecine. — M. AUDHOUI. Consultation le samedi. Speculum le mardi. — Salle Cruveilhier (F.) : 2, carcinome utérin ; 3, chlorose ; 4, métrite, 6, diabète ; 9, pneumonie ; 12, insuffisance et rétrécissement mitral ; 16, chlorose. — Salle Monneret (H.) : 1, rhumatisme aigu ; 2, paralysie saturnine ; 4, ataxie ; 15, diabète ; 16, gastrite alcoolique ; 21, rhumatisme, endocardite ; 22, pleurésie ; 23, paralysie agitante ; 24, pneumonie ; 25, fièvre typhoïde ; 31, syphilis cérébrale ; 32, insuffisance mitrale.

Médecine. — M. CORNIL. Consultation, vendredi. Speculum, lundi. — Salle Grisolle (F.) : 1, cancer de l'utérus du vagin et du rectum ; 3, syphilis ; 5, albuminurie ; 14, paraplégie douloureuse, cancer du sein ; 15, rhumatisme scarlatin ; 24, ataxie au début ; 28, paralysie labio-glosso-laryngée ; 31, insuffisance aortique ; 32, fièvre typhoïde, rechute, ictère ; 33, ataxie ; 35, pneumonie. — Salle Rostan (H.) : 1, pleurésie ponctionnée ; 5, néphrite, syphilis, alcoolisme ; 7, atrophie saturnine ; 8, rétrécissement mitral ; 10, cancer latent de l'estomac ; 18, hystérie ; 20, pneumonie ; 21, syphilis.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 FÉVRIER 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

Du mutisme hystérique

Par le Dr **A. CARTAZ**, ancien interne des hôpitaux.

Parmi les manifestations si variées de l'hystérie, il en est une qui n'a peut-être pas, jusqu'ici, attiré l'attention comme elle le mérite; c'est le mutisme. M. le professeur Charcot a traité ce sujet, dans ses leçons (1), à propos de quelques malades dont il a bien voulu me permettre de rapporter les observations. Que mon excellent maître veuille bien agréer mes sincères remerciements. De ces observations, je rapprocherai quelques faits recueillis dans divers auteurs français et étrangers et qui appartiennent évidemment à la même catégorie.

Eu égard au nombre de malades, hommes et femmes, atteints d'hystérie, on peut dire que le mutisme est un phénomène relativement rare. On le trouve à peine mentionné dans les travaux anciens sur ce sujet et dans un certain nombre d'observations plus récentes, il a été en partie confondu avec l'aphonie; tout au moins l'interprétation que donnent les auteurs tend à faire admettre cette confusion.

Si l'on voulait dépouiller toutes les observations de névrose hystérique, si l'on cherchait dans les documents historiques, on trouverait à coup sûr un plus grand nombre de faits qui répondent aux caractères de ce syndrome clinique. L'histoire du fils de Crésus, rempli de perfections, dit Hérodote, mais muet et recouvrant subitement la parole au moment où un soldat ennemi va frapper son père, cette histoire est évidemment un exemple de mutisme nerveux, de mutisme hystérique. Nous nous en tiendrons à des observations plus modernes.

Briquet, dans son Traité, dit que « l'aphonie et plus souvent la dysphonie, car les malades peuvent encore parler à voix basse, se rencontrent de loin en loin chez les hystériques. »

« L'aphonie est d'autant plus complète qu'elle résulte et de la paralysie des muscles du larynx et de la paralysie du diaphragme. » Briquet cite cependant l'observation suivante de mutisme due à Watson (*Philosoph. transact.*, XIV). Une jeune femme était depuis longtemps sujette à de violentes convulsions fréquemment suivies de paralysie temporaire des muscles qui avaient été le plus fortement affectés; après un accès, elle perdit complètement la vue pendant cinq jours; une autre fois, elle perdit la parole qui revint au bout d'un temps très court. Les convulsions se reproduisaient de temps en temps, elle perdit de nouveau la parole et en resta tout à fait privée pendant 14 mois; pendant ce temps, la santé se rétablit. Enfin un jour, après avoir beaucoup dansé, elle recouvra la parole et fut guérie.

On trouve dans les mémoires de l'Académie des sciences (1753) l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur.

Wells (*Medcail Communications* 1790) rapporte l'histoire d'une femme qui, au sortir d'une attaque hystérique, s'aperçut qu'elle ne pouvait ni parler, ni émettre aucun son, bien qu'elle fût en pleine possession de ses facultés intellectuelles. Une nouvelle attaque lui rendit la parole.

En 1855, Sédillot présentait à l'Académie des sciences l'histoire d'une malade atteinte de mutité et d'aphonie depuis douze années, et qui fut guérie par l'électricité.

Richter, de Wiesbaden, a publié un fait plus curieux; celui d'une femme hystérique qui devenait aphasique régulièrement tous les jours; l'intelligence ne paraissait nullement altérée. L'accès se terminait par une abondante évacuation d'urine.

Bateman (*Gaz. hebdomad.*, 1870) signale quelques cas d'aphasie hystérique et rappelle qu'à la Société médicale des hôpitaux (1867), à propos de faits de cette nature, M. Moreau regardait ce phénomène comme vulgaire. D'après ce qu'il m'a été donné d'observer dans le service de M. Charcot, je ne crois pas que l'aphasie soit si commune que semblait le dire M. Moreau. M. Legroux, dans sa thèse d'agrégation sur l'aphasie, signale la possibilité de cette manifestation chez les hystériques, en ajoutant toutefois qu'il ne faudrait pas la confondre avec le mutisme plus ou moins obstiné de certaines malades.

Dans l'observation intéressante qu'ils ont publiée et que je résume plus loin, MM. Liouville et Debove semblent rapporter le mutisme à une paralysie musculaire: « D'autres fois, disent-ils, elle (la paralysie) intéresse certains appareils musculaires, tels que celui du larynx et alors, selon son degré, elle produit l'aphonie ou le mutisme.

Le professeur Revilliod, de Genève, qui a eu pendant longtemps dans son service l'hystérique qui fait le sujet de l'observation I, cherche dans une paralysie d'un nerf spécial l'explication des phénomènes d'aphonie et de mutisme présentés par le malade. Trois autres cas qu'il a observés en même temps sont publiés dans un mémoire fort intéressant paru dans la *Revue de la Suisse romande.*

J'ai pu recueillir un certain nombre de faits de ce genre; en joignant aux observations prises dans le service du professeur Charcot les plus importantes de celles qui ont été publiées jusqu'ici, j'ai rassemblé une vingtaine de cas. L'examen attentif des malades que j'ai pu suivre permet de reconnaître dans ce mutisme un trouble psychique central, analogue à celui qui amène la paralysie d'un membre, l'abolition de tout ou partie du champ visuel, etc. C'est de l'aphasie, mais une aphasie à type caractéristique qui permet, pour ainsi dire, de diagnostiquer sa nature à première vue et de la distinguer des diverses formes d'aphasie de cause organique.

J'ai résumé la plupart des faits sans m'attacher à une description minutieuse des diverses manifestations qui caractérisaient, chez ces malades, l'hystérie. J'ai cependant fait exception pour le premier cas que je relate longuement, en raison des détails intéressants de

(1) Leçons de décembre 1885, voir la *Gaz. des hôpitaux* du 12 janvier 1886.

l'histoire du sujet et de l'examen qui a été fait par nos confrères de Genève et de Lyon.

Obs. I. — Ch..., âgé de 37 ans, entré le 8 novembre 1885, salle Bouvier, service de M. le professeur Charcot. Comme antécédents de famille, voici ce qu'il nous apprend :

Grand-père paternel, mort d'une affection de l'œsophage. Les frères et sœurs de ce grand-père étaient tous robustes et bien portants : l'un d'eux est mort à 78 ans. Le fils d'une des sœurs (par conséquent le neveu du grand-père) était d'une humeur chagrine, un peu hypocondriaque et a fini par se suicider. Grand'mère paternelle, très nerveuse, morte à 72 ans, d'un catarrhe (?). Il y avait eu, dans sa famille, un aliéné, mort dans une maison de santé. Grand-père maternel, mort d'accident. Grand'mère maternelle, morte d'un catarrhe, a eu un fils alcoolique et considéré comme irresponsable. Père, mort d'une laryngite tuberculeuse à l'âge de 57 ans ; avait des crises épileptiques. Mère nerveuse, très emportée, morte de phtisie ; a eu huit enfants dont Ch. est l'aîné. De ses sept frères et sœurs, un frère est mort du croup à l'âge de 3 ans ; deux sœurs sont mortes de phtisie à 24 et 26 ans. L'une d'elles était sujette à des crises de nerfs et à des attaques de sommeil cataleptique. « Au réveil elle était aphone ; elle articulait très nettement, mais si bas, si bas qu'il fallait une extrême attention pour la comprendre. » Les quatre sœurs sont vivantes ; deux sont souffreteuses, sans maladie définie. Une de ces dernières a un fils rachitique et choréique.

Ch. a eu une enfance maladive ; à 12 ans, il fut cloué au lit pendant 5 à 6 mois par une maladie de langueur. Le médecin le traitait pour de l'anémie. « Le moindre bruit, dit-il, me faisait tomber en syncope ; on ne pouvait causer auprès de mon lit. » A deux reprises, pendant son séjour au collège, il a eu des hémoptysies. On l'avait surnommé le philosophe à cause de son caractère taciturne. Au sortir du collège, il entra, dans une école, comme aide-instituteur, puis resta quelque temps dans un grand établissement horticole privé.

A la suite de discussions de famille et de chagrin d'amour, il quitta la Suisse, son pays natal, pour aller s'engager dans la légion étrangère. Pendant son séjour en Algérie, il se laissa aller à boire de l'absinthe, contracta des fièvres intermittentes. La guerre de 1870 éclate ; son régiment vient en France. A Vierzon, il resta huit jours dans un état de délire, causé, dit-il, par des accès de fièvre. Il rejoint son régiment et dans le cours de la campagne de l'Est reçoit une balle dans le coude gauche (17 janvier 1871). La blessure nécessita l'amputation du bras qui fut pratiquée par le Dr Mollière de Lyon. Il rentre en Suisse et est admis comme gérant d'un dépôt du département des postes. C'est à cette époque (fin 1871) que survient la première grande manifestation nerveuse. Pendant un souper avec quelques amis, il est pris, vers la fin du repas, d'un sommeil invincible et s'endort accoudé sur la table. Ses camarades ne parviennent pas à le réveiller. Vers le matin, éclate une crise nerveuse avec délire terrible. Le médecin crut à une méningite aiguë ; le Dr Mayor, appelé en consultation, confirme ce diagnostic. Le surlendemain, le malade revenait à lui. Rechute quelques jours plus tard ; application de sangsues, crise nerveuse encore plus terrible que la première, mais la fièvre et le délire disparaissaient au bout de deux jours.

Jusqu'en 1875, on ne relève rien d'anormal dans l'état de Ch... A cette époque, il part pour l'Algérie où il a obtenu un emploi de commis rédacteur à la préfecture d'Oran. Quelque temps avant son départ, il éprouve pour la première fois des palpitations violentes et subites qui l'obligent à s'asseoir. « Des phénomènes assez étranges se manifestaient alors, pendant des journées entières, je ne pouvais supporter aucun vêtement sur le corps. J'avais l'épiderme en feu, des contractions dans tous les membres et quand j'essayais de passer un vêtement, c'était comme des milliers d'épingles qui semblaient me piquer. » A son passage à Lyon, en allant en Algérie il fut pris subitement de ces étouffements, il entra dans une pharmacie où il fut pris d'une crise nerveuse analogue aux précédentes, mais qui ne dura que deux heures environ. En décembre 1877, variole légère.

« Au printemps de 1878, dans une tournée que je faisais avec mon chef de bureau je fus trouvé un matin inanimé dans mon lit. Une saignée et des doses de calomel me firent revenir à moi, mais j'avais le larynx presque paralysé. Je restai 72 jours articulant péniblement mes paroles ; je pouvais me faire comprendre cependant. » Il faut ajouter que le malade se laissait aller à des excès vénériens et alcooliques. Pour remédier à des accès fréquents de fièvre intermittente, il passe dans la province d'Alger, et après trois ans de séjour, revient à Genève. En 1880, il parcourt à pied toute l'Europe et se fixe pour quelque temps chez son beau-frère en Prusse. C'est là que survient une deuxième attaque de catalepsie qui disparut sous l'influence d'une saignée ; au réveil il y avait de la paralysie (avec insensibilité) de la jambe gauche et de plus il y avait un mutisme complet. Aucune parole, aucun mot ne pouvait sortir de sa bouche. « Mais pas plus que maintenant, l'intelligence ne fut atteinte, seule la mémoire, pour quelques faits récents, me faisait défaut. » Il quitte la Prusse et revient à Genève.

Nous empruntons les détails de son séjour à Genève à l'observation rédigée par le Dr Revilliod. C'est dans cet état qu'il demande son admission à l'hôpital le 11 février 1881, ne présentant comme phénomène pathologique que ce mutisme absolu et un peu d'engourdissement du côté gauche.

L'examen laryngoscopique, très facile par le fait d'un degré assez prononcé d'anesthésie du pharynx, permet de constater les lésions suivantes (Dr Wyss) : L'abduction et l'adduction des cordes vocales se font comme dans l'état normal, lorsque le sujet prononce les voyelles *e*, *i* ; le seul acte qui manque à l'ordre mental, c'est la tension de ces cordes. Bien que rapprochées elles restent sinueuses, festonnées, détendues, flottant plus ou moins selon la force du courant d'air inspiratoire et expiratoire. Si, dans ces conditions, le sujet est invité à augmenter l'effort nécessaire pour produire un son, les cordes vocales, au lieu de se tendre en se rapprochant, arrivent subitement, comme mues par un ressort, à se toucher hermétiquement, dans toute leur longueur, de sorte que, non seulement aucun son n'est produit, mais que la respiration suspendue exige un effort inspiratoire, comme un soupir qui remet les choses en ordre.

Notre malade passe ses journées à lire, à écrire de vrais mémoires dans lesquels il décrit ses diverses impressions. Le 15 février, il écrit avoir prononcé ces mots : « Non, en avez-vous besoin » puis avoir été incapable de continuer, la gorge s'étant contractée et comme obstruée par un obstacle. Sa respiration fut également plus gênée qu'auparavant.

Après quelques séances de faradisation des muscles crico-thyroïdiens et sur le trajet du laryngé supérieur, il arrive à pouvoir donner quelques sons pendant la séance, puis quelques voyelles, mais sans précision, l'intonation ne se faisant qu'à la fin de l'expiration. La même chose se passe lorsqu'on lui fait pencher fortement la tête en avant ou lorsqu'on relève le bord inférieur du cricoïde. Mais ces exercices fatiguent beaucoup le malade, bien qu'il s'y soumette bien volontiers, convaincu qu'ils accélèrent le moment de sa guérison.

Le 30 mars, il prononce les voyelles assez facilement, les consonnes avec plus de peine. Le 30 avril, il parle et lit à haute voix, mais non sans fatigue. Après dix minutes de lecture, il se sent essoufflé et obligé de s'arrêter un moment pour se reprendre. Il évite de parler spontanément.

On constate au laryngoscope que les cordes vocales sont bien tendues, mais ne se ferment pas complètement au milieu, lorsque le malade prononce les différentes voyelles, laissant ainsi échapper inutilement une grande quantité d'air.

Le 18 juin 1881, Ch. quitte l'hôpital parlant spontanément et couramment sans difficulté. Il accuse seulement de la sécheresse du cou après une longue conversation.

Le traitement a consisté en faradisation et depuis le 6 mai en injections sous-cutanées d'un milligramme de sulfate de strychnine. Plaques de cuivre en collier. — En quittant Genève, Ch. trouve un emploi à Lyon. Le 11 septembre 1882, il est trouvé sans connaissance sur son lit. Une saignée le ranime : mais au réveil il est de nouveau muet et paralysé du côté gauche. Il entre dans le service du Dr Raymond Tripier à l'Hotel-Dieu où il reste huit mois, soumis à un traitement consistant en bains tièdes, électricité, toniques et bromures. Au dire du malade, à l'examen laryngoscopique on trouva les cordes vocales dans le même état constaté par M. Revilliod.

A sa sortie de l'hôpital, il reprend sa vie tourmentée, éprouve de nouveau des étouffements et des vomissements (de bile et de sang !) ; son sommeil était tourmenté par des visions, des cauchemars. En janvier 1883, il va à Valence faire des recouvrements et le lendemain on le trouve endormi à l'hôtel ; il fut transporté à l'hôpital où il se réveilla muet et encore paralysé du côté gauche.

Il revient alors à Genève et rentre dans le service du Dr Revilliod, jouissant de l'intégrité de son intelligence et de toutes les fonctions, mais absolument muet. L'examen laryngoscopique donna les mêmes indications que la première fois. Le 4 juin, nouvelle crise de sommeil cataleptique. La parole revient quelques jours plus tard et il sort le 21 juillet.

Le malade n'a pas voulu s'étendre en détail sur les événements qui ont marqué les années 1884 et 1885. Ce qu'on peut apprendre, c'est qu'il a eu en 1884 cinq crises nerveuses ressemblant aux premières (en 1863) en un mois et demi de temps, mais incomplètes; dans une on lui pratiqua encore une saignée. Deux fois il tenta de se suicider. La dernière attaque de mutisme et de paralysie remonte à quatre mois, pendant un voyage au Havre. Il entre à l'hôpital de la Salpêtrière, le 8 novembre 1885.

A son entrée, il traîne encore un peu la jambe; la paralysie a diminué depuis une huitaine de jours, mais le mutisme est complet Il a actuellement des cauchemars où les hallucinations qui se montraient pendant son délire reviennent fréquemment, tantôt terribles, tantôt agréables et dans ce dernier cas accompagnées de pertes séminales. L'attouchement du front aurait produit chez lui, dans le courant de l'année dernière, la sensation d'aura qu'on provoque actuellement par la pression de la fosse iliaque gauche; d'une zone circonférentielle au-dessus du genou et à la cheville du même côté. L'exploration de la sensibilité montre en effet du côté gauche, en dehors de ces trois zones hystérogènes, une analgésie de toute la moitié gauche de la tête, du tronc, et de la cuisse; la piqûre est perçue comme un frôlement. A la jambe, l'anesthésie est complète; au pied, simple analgésie. Du côté droit, sensibilité intacte sauf à la main, où il y a analgésie à la face palmaire. Le bras gauche, rappelons-le, a été amputé en 1871.

L'ouïe est un peu diminuée à gauche ; il n'y a ni rétrécissement du champ visuel, ni achromatopsie. L'odorat est à peu près nul à gauche ; ce malade ne perçoit pas l'odeur de l'ammoniaque. Il a remarqué que, depuis quelques années, quand il a un coryza, il a une sensation de sécheresse dans la narine gauche, pendant que l'autre a l'écoulement habituel.

On constate une absence complète de réflexe du voile du palais, du pharynx et du larynx; l'anesthésie est absolue. On peut toucher, avec le doigt, le fond de la gorge, l'épiglotte ; on peut avec une sonde laryngée, toucher les cordes vocales sans provoquer d'action réflexe. Si l'on examine le larynx, on trouve les cordes vocales largement écartées, dans la position d'inspiration profonde. Si l'on dit au malade d'émettre un son, *e*, *i*, on voit les cordes se rapprocher vivement, en laissant entre elles un espace ellipsoïde dû au défaut d'action des thyro-aryténoïdiens, muscles tenseurs et adducteurs. Mais il ne sort aucun son, ni sourd, ni voilé, rien. Quand on lui fait prononcer certaines consonnes, le malade arrive, par le jeu des levres, à produire un léger bruit, purement labial. En provoquant une expiration forcée, on détermine également une sorte de bruit qui ne répond en réalité à aucun son vocal.

Ch. a eu quatre attaques d'hémiplégie accompagnée d'aphasie, toujours avec persistance de l'intelligence. Aussi quand on l'interroge, le malade ne cherche-t-il pas à faire des mouvements des lèvres pour exprimer ce qu'il veut dire. Il saisit immédiatement avec vivacité la plume, le papier et répond dans un style imagé, souvent humoristique, qui dénote une intelligence bien au-dessus de la moyenne. Quand on l'engage à faire les mouvements des lèvres nécessaires pour la prononciation des mots, des consonnes, il esquisse ces mouvements, mais le mot ni la consonne ne sont prononcés. De même pour siffler, il resserre et avance les lèvres, mais il ne se produit aucun son.

Les mouvements de la langue sont tres libres ; il n'existe aucun trouble de la déglutition et le malade est très affirmatif sur ce point, qu'à aucune de ses attaques d'hémiplégie, il n'a eu de déviation de la bouche ou de la langue. Au réveil, il lui semblait seulement qu'il avait quelque chose dans le cou qui l'empêchait de parler.

Ch. est sorti de l'hôpital à la fin de novembre, toujours muet. Quelques jours après, la parole revint subitement, sans cause émotionnelle ; mais il conserva pendant quelques jours du bégaiement. A la suite de ses autres attaques, la parole n'était pas revenue tout à coup ; il avait commencé par bégayer, répétant deux fois la même syllabe, si le mot est trop long ou trop complexe. Il dit que l'air semble lui manquer pour finir les mots.

Les journaux nous ont appris que Ch. avait été trouvé peu de jours après, endormi dans son hôtel.

Obs II (communiquée par M. Charcot). — M. S... Félix, de Madrid, âgé de 26 ans. Antécédents héréditaires inconnus ; a eu une enfance maladive, sujet à des angines fréquentes, à des épistaxis ; une de ces hémorrhagies a été assez forte pour nécessiter un tamponnement nasal Il a souffert, dans sa jeunesse, de maux d'estomac, de malaises indéfinissables de nature névropathique. Il vit dans un milieu difficile et son oncle est pour lui une cause d'effroi, à cause des remontrances qu'il lui adresse sans cesse. En 1880, d'après le témoignage de son médecin espagnol, le malade aurait eu la syphilis, mais lui le nie absolument. Il fut cependant soumis à un traitement spécifique et c'est à la suite d'une cure thermale faite dans une station d'eaux sulfureuses, qu'il eut la première crise convulsive. Depuis cette époque (3 ans), il a eu de fréquentes « attaques » avec perte de connaissance, que, le plus souvent, il ne prévoit pas. On regarde ces crises comme épileptiques et d'origine syphilitique. Un traitement spécifique des plus énergiques fut institué et les crises n'en devinrent que plus longues, plus violentes et plus rapprochées ; depuis quelque temps, ces attaques sont suivies de perte de la parole. L'aphasie dure quelques jours et tout rentre dans l'ordre.

C'est dans ces conditions que M. S... se présente à la consultation de M. Charcot. Il est muet depuis sa dernière attaque. Ces attaques sont assez subites, mais il ne se mord jamais la langue et il n'urine pas sous lui. L'œil est vif, intelligent, la langue peut se mouvoir aisément dans toutes les directions ; il n'existe aucune déviation de la face. Le malade peut faire les gestes de siffler, souffler ; la déglutition n'est pas gênée, mais il ne peut prononcer un mot ; il ne peut crier, il ne peut émettre aucun son. Quand on lui parle, il comprend parfaitement, saisit immédiatement une plume et écrit, avec orthographe, en français, bien qu'il soit espagnol, sans le moindre embarras, des réponses très nettes. Cette circonstance, à notre avis caractéristique, fit soupçonner l'hystérie. M. Charcot fit déshabiller le malade et reconnut une hémianalgésie droite; de ce côté, la sensibilité est obtuse à la poitrine et au bras pour la piqûre et pour le froid. Il existe un certain degré d'hyperesthésie dans la région dorso-lombaire ; mais pas de véritables points hystérogènes, ni dans les testicules, ni dans les aines et fosses iliaques. En plongeant le doigt dans le pharynx, on constate qu'il y a peu de réflexes. L'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué. L'examen des yeux, pratiqué par le Dr Parinaud, montre un rétrécissement très prononcé du champ visuel avec contracture de l'accommodation.

Le membre supérieur droit est atteint de chorée analogue à la chorée post hémiplégique.

Le malade fut soumis à un traitement tonique, bromuré et à l'hydrothérapie.

La parole revient quelques jours après, mais il bégaye un peu.

Un mois plus tard, le 10 novembre, il existait toujours de l'hémianalgésie à droite et de l'hémichorée des membres supérieur et inférieur droits. Pour le membre inférieur, l'hémichorée est visible, surtout quand le malade est assis.

Voici des spécimens des réponses du malade au moment de son départ, quelques jours plus tard

« Je suis..., je suis allé faire. »

« Oui, oui, je parle un peu mieux. »

« Com.., comment. »

On lui fait lire un journal

« Tous.... tous les préparatifs sont..., sont faits pour..., pour la conférence...; on sait de source auto.... autorisée, etc.

On lui fait lire un journal espagnol, c'est la même chose.

Obs. III. — Billoir Antoinette, âgée de 21 ans, entrée à la Salpêtrière, service du professeur Charcot, issue d'une famille de musiciens. Sa mère est morte des suites d'une hémiplégie à l'âge de 49 ans. Elle-même n'a eu qu'une fièvre typhoïde. A l'âge de 19 ans, à la suite d'une frayeur (huissiers qui venaient faire une saisie) a été prise de chorée qui a duré six mois, puis de mutisme qui a duré huit jours et a été suivi de bégaiement. Le mutisme reparaissait par intervalles, a la suite de crises accompagnées d'étouffements, de constriction de la gorge, de sensation de boule, de douleurs dans les jambes, que la malade qualifie de crampes, avec gonflement.

Depuis est survenu du hoquet avec spasmes respiratoires, mais elle n'a pas eu de grandes attaques d'hystérie. Le bégaiement ni le mutisme ne s'étaient jamais montrés avant cette peur. Anesthésie à gauche; ovaire gauche. Pas d'examen laryngoscopique. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

Dixième leçon (*Suite*).

B. Lymphangites. — Messieurs, ce ne sont pas seulement les ganglions où se rendent les vaisseaux lymphatiques partant de la région où siège le chancre qui se trouvent pris à la période primaire. Vous concevez très bien que, théoriquement, les vaisseaux lymphatiques qui conduisent le virus du chancre aux ganglions doivent être pris. En effet, ces lymphangites sont assez fréquemment perceptibles cliniquement pendant la durée du premier syphilôme, et peuvent même persister après lui. Si ces lymphangites ne sont pas cependant aussi constamment perceptibles *cliniquement* que l'est l'adénopathie primaire, il n'en résulte pas, pour cela, qu'elles manquent au point de vue anatomique; elles sont seulement tellement minimes qu'elles échappent à nos sens.

Les lymphangites partant du chancre se rencontrent une fois sur cinq, a dit Bassereau. Il me paraît probable que leur fréquence aurait été considérée comme plus grande par ce grand syphiligraphe, s'il avait aussi compté dans ses statistiques les *lymphangites réticulées* et les *œdèmes lymphangitiques*. Ces lymphangites se rencontrent surtout dans le cas de chancres des organes génitaux. Cependant elles s'observent aussi dans les chancres d'autres régions du corps. Et je me souviens avoir vu, en 1878, quand j'avais l'honneur d'être interne de mon maître le professeur Vulpian à l'hôpital de la Charité, un chancre infectant du dos de la main, accompagné de deux beaux cordons lymphangitiques de l'avant-bras. Cette lymphangite de la période primaire peut se faire soit dans les gros vaisseaux, soit au contraire se produire dans les petits vaisseaux et se présenter sous l'aspect de lymphangite réticulée ou d'œdème lymphangitique. Les deux formes coïncident d'ailleurs fréquemment comme vous le constatez journellement dans mes salles.

Les *lymphangites des gros vaisseaux* lymphatiques donnent à la palpation la sensation de ficelles dures partant du chancre et roulant sous le doigt. Parfois ces espèces de ficelles présentent sur leur trajet des nouures qui correspondent aux valvules des vaisseaux lymphatiques. Il peut y avoir ainsi plusieurs cordons en général plus ou moins parallèles, souvent il n'existe qu'un seul cordon. Le type de ces lymphangites est la lymphangite dorsale de la verge que vous pouvez constater avec une grande netteté sur les 8 malades que je vous présente. Cette lymphangite dorsale de la verge a été longtemps considérée comme une phlébite de la veine dorsale de la verge, ou bien comme un épaississement du tissu conjonctif entourant l'artère et la veine dorsale; Auspitz et Unna soutiennent même encore cette opinion. Mais Bassereau a bien montré anatomiquement, il y a plusieurs années, qu'il s'agit là d'une lymphangite (1). Il ne faut pas oublier non plus que souvent l'artère et la veine dorsale de la verge se trouvent englobées avec le lymphatique ou les lymphatiques qui les accompagnent dans une sorte d'étui de tissu conjonctif atteint d'œdème inflammatoire. D'ailleurs il se peut fort bien que suivant les cas, suivant que l'absorption se fait surtout par le sang ou par les lymphatiques, il y ait plutôt phlébite que lymphangite dorsale de la verge. Parfois ces gros cordons lymphatiques se trouvent groupés sous forme de cordons aplatis ou de réseaux. Ceci s'observe surtout dans le pli génito-crural. Vous pouvez sentir sur ces deux malades des espèces de ficelles réunissant les ganglions inguinaux. Ce ne sont autre chose que des cordons lymphangitiques.

Il se montre souvent au voisinage du chancre des *lymphangites réticulaires* présentant la forme de plaques ou de noyaux gros comme des pois ou des haricots et simulant par conséquent les indurations secondaires dont je vous ai parlé à propos des complications du chancre. Ces lymphangites réticulaires en plaques ou en nodules peuvent être accolées au chancre ou, au contraire, en être distantes. Elles s'accompagnent souvent d'un œdème parfois accentué de la région, œdème qui dans certains cas persiste, devient pour ainsi dire chronique et aboutit à l'œdème dur et à la déformation des parties. Je vous en ai montré de beaux exemples à la verge et aux grandes et petites lèvres. En voici de nouveaux cas.

De même que l'adénite primaire ou syphilôme ganglionnaire, ces lymphangites qui accompagnent le syphilôme primaire sont en général indolentes, aphlegmasiques; elles passent souvent inaperçues, il faut les chercher, elles ne suppurent pas. En un mot, elles présentent les caractères ordinaires des syphilômes des périodes primaires.

Dans des cas très rares on a vu les noyaux lymphangitiques s'abcéder, ou l'on a vu se former le long du trajet d'un vaisseau lymphatique induré un abcès, lequel finissait par s'ouvrir en donnant issue à un liquide séro-purulent. Ces abcès ont parfois donné naissance à une fistule pouvant être cathétérisée, fistule lymphatique difficile à guérir et durant longtemps (Ricord, Bassereau, Lailler, Horteloup, Jullien, etc.).

Messieurs, il est intéressant de comparer rapidement les lésions des lymphatiques à la période du syphilome primaire avec celles que l'on observe dans les périodes

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29 33, 35, 38, 41, 49 et 50, 1885; n° 6, 1886.

(1) Cette démonstration faite il y a longtemps par Bassereau, vient d'être vérifiée de nouveau anatomiquement par le professeur Neumann, de Vienne (*Société Royale de médecine de Vienne*, 20 mars 1885).

plus tardives de la syphilis, dans les périodes dites secondaires et tertiaires.

Vous savez que peu à peu, successivement, lentement, on voit dans les premiers mois qui suivent l'apparition du chancre se prendre successivement tous les ganglions de l'économie. Or ces ganglions ainsi engorgés présentent des caractères cliniques absolument semblables à ceux de l'adénopathie dite primaire. Palpez les ganglions lymphatiques cervicaux de ces différents malades au début de la période dite secondaire et vous retrouvez sur ces ganglions tous les caractères que je vous ai signalés à propos de l'adénopathie dite primaire. Comme les ganglions de l'adénopathie primaire, ils sont durs, ils roulent sous le doigt, ils sont multiples, ils sont aphlegmasiques. Comme eux, ce sont des syphilômes ganglionnaires résolutifs pouvant parfois persister longtemps et survivre de plusieurs mois et même d'un ou deux ans aux éruptions syphilitiques avec lesquels ils coïncidaient. Comme l'adénopathie primaire, ils peuvent, dans des cas rares, subir la dégénérescence syphilitico-strumeuse, comme eux ils peuvent dans des cas très rares s'enflammer, s'abcéder, exemple : les abcès rétropharyngiens d'origine ganglionnaire bien décrits par Fournier, exemple, le nommé B....., que vous avez vu encore dernièrement, et chez lequel des ganglions sous-maxillaires secondaires se transformèrent en un adéno-phlegmon qui nécessita l'intervention chirurgicale de mon collègue et ami le professeur Follet. — De même que l'adénopathie primaire, ces adénopathies secondaires peuvent s'accompagner de lymphangites en cordons ou de lymphangites réticulées presque toujours également résolutives. Enfin il n'est pas jusqu'à l'anatomie pathologique comparée de l'adénopathie primaire et secondaire qui ne vienne encore accentuer cette ressemblance. Lisez dans les leçons de Cornil sur la syphilis la description histologique des ganglions primaires et secondaires et vous verrez que leur structure histologique est la même. Vous verrez que l'état lobulé que présentent les ganglions syphilitiques quand on leur a enlevé leurs capsules tient, comme l'a bien montré Cornil dans les deux cas : à l'épaississement de la capsule ganglionnaire, à l'épaississement du tissu conjonctif des cloisons fibreuses étendues de la capsule au hile, à la tuméfaction du tissu réticulé fin du ganglion, et à l'augmentation du nombre des éléments des sinus lymphatiques ; comme vous pouvez également le constater sur ces préparations. En un mot, vous voyez qu'il s'agit ici d'adénites et de lymphangites, spécifiques, ou mieux de syphilômes des ganglions lymphatiques, syphilômes en général résolutifs.

Dans les périodes plus tardives de la vérole, alors que se montrent les syphilômes non résolutifs, il se produit parfois des syphilômes ganglionnaires et des lymphangites gommeuses, non résolutives en général, bien décrites par mon maître Lailler. Je vous en ai déjà parlé. J'aurai à y revenir plus tard (1).

(1) Ces adénites et lymphangites des périodes dites secondaires et tertiaires peuvent se rencontrer primitivement, sans paraître tirer leur origine d'une lésion tégumentaire, d'un syphilome tégumentaire visible ou appréciable cliniquement (tout au moins adénites de la période dite secondaire, écrouelles syphilitiques proprement dites des périodes tardives, etc.).

Dans d'autres cas au contraire, elles sont en rapport avec une lésion spécifique du tégument (adénites cervicales symptomatiques de papules croûteuses du cuir chevelu à la période dite secondaire, lymphangites partant d'un foyer gommeux, etc.). Dans ce cas elles sont symptomatiques et comparables en entier aux adénites et lymphangites symptomatiques du syphilome primaire.

Messieurs, nous avons vu tout à l'heure que les ganglions à la période du syphilôme primaire se prennent successivement et anatomiquement.

C. 1° Marche du virus. — Ces faits cliniques et anatomiques ont une grande importance théorique. Ne démontrent-ils pas, en effet, que le virus syphilitique chemine lentement du chancre aux ganglions voisins, puis aux autres ganglions par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques qui l'absorbent lentement ? En un mot, l'absorption du virus ne paraît-elle pas se faire lentement et de proche en proche par les lymphatiques ?

Cette opinion est d'ailleurs complètement d'accord avec la pathologie générale. Inoculons, par exemple, un animal sous la peau avec du virus tuberculeux. Nous voyons également se prendre le ou les ganglions qui aboutissent au foyer d'inoculation, à ce tuberculôme primaire qui présente avec le chancre syphilitique une telle analogie, que mon ami le Dr Hippolyte Martin, auquel nous devons des recherches si importantes sur la tuberculose, lui a donné le nom de chancre tuberculeux. J'ai moi-même inoculé bien des fois et de bien des façons diverses espèces animales avec des produits tuberculeux, et j'ai bien souvent été frappé par l'existence de ces lymphangites et de ces adénites spécifiques existant au niveau des lymphatiques aboutissant à mon foyer d'inoculation, à ce que, par comparaison avec le syphilôme primaire, j'appellerais volontiers le *tuberculôme primaire*.

J'ai observé des faits analogues dans mes inoculations expérimentales de lupus. (Voir Leloir, *Nature du lupus vulgaris*. Communication au Congrès international des sciences médicales de Copenhague, *Progrès médical*, 1884), et j'ai été frappé de l'analogie qui existe dans certains cas entre ces inoculations tuberculeuses expérimentales, ces inoculations de lupus et ce que la clinique et de coupables expériences nous ont montré chez l'homme. Si j'osais pousser plus loin la comparaison, je dirais que le *tuberculôme primaire expérimental correspond au syphlilôme primaire*. Que les lymphangites et adénites partant de ce tuberculôme primaire correspondent aux lymphangites et adénites compagnes du chancre.

Les différences de durée dans l'apparition des accidents de ces deux maladies virulentes ne sont même pas toujours aussi grandes qu'on pourrait le croire au premier abord. J'ai souvent vu le chancre tuberculeux, première réaction du virus au niveau du point inoculé, ne se montrer qu'une huitaine de jours et plus après l'inoculation. J'ai souvent vu dans mes expériences l'explosion de la tuberculose plus ou moins généralisée ne se montrer que six semaines et même plus après l'apparition du tuberculôme primaire (1).

Vous voyez que dans ces conditions nous sommes loin de l'opinion de Ricord, qui faisait du chancre infectant le premier des accidents secondaires. Vous voyez que pour nous le syphilôme primaire et ses *racines* doivent être considérés, *pendant un certain temps*,

(1) Rappelons ici en terminant que Bumm (*Vierteljahresschrift für Dermatologie* 188[illegible]) a montré que le virus syphilitique existait dans les ganglions par l'inoculation de parcelles de ces ganglions à un sujet sain.

Rappelons encore que dans les périodes plus tardives de la vérole, les [illegible] lymphatiques [illegible] étaient pour Virchow, Kirchhofer, etc., de véritables entrepôts de virus syphilitique. Les fluxions [illegible] Billroth étaient la cause du retour [illegible] dans [illegible] de l'explosion de nouveaux accidents syphilitiques). Il y aurait là d'intéressantes recherches à faire.

comme un accident local. A ceux qui n'admettraient pas cette opinion, à ceux qui voudraient faire du syphilôme primaire *le retentissement local d'un état général*, nous rappellerons seulement que les lésions tuberculeuses des différents tissus et systèmes, même lorsqu'elles étaient on ne peut plus localisées, ont été bien longtemps considérées comme des manifestations locales d'un état général, et que cependant depuis quelques années, personne ne peut plus nier les tuberculoses locales.

2° *Racines du chancre.*—Donc, Messieurs, il paraît très probable que les lésions des vaisseaux lymphatiques, *au début* de la période primaire tout au moins, constituent *une* des racines du chancre; racines se développant vite sans doute, racines s'étendant sans doute rapidement au loin, mais enfin racines (1).

Donc, je pense que le chancre et ses *racines* sont, *au début*, des accidents locaux. C'est de cette sorte de pieuvre enchâssée dans les tissus que le virus diffuse dans le reste de l'organisme.

Mais, Messieurs, les lymphatiques constituent-ils la seule racine du chancre? Non, probablement. Il est possible que les vaisseaux sanguins voisins du chancre, dont les altérations ont été bien décrites par Auspitz et Unna, Cornil, etc., doivent aussi, dans certains cas, être considérés comme les racines du chancre. On peut supposer que, ainsi que l'a surtout bien montré pour l'infection purulente, mon maître regretté le professeur Parise (de Lille), et ainsi que Weigert l'a bien montré pour la tuberculose miliaire aiguë, l'infection puisse se faire aussi directement dans le *sang* lorsqu'il existe une *phlébite syphilitique* comparable à la phlébite suppurée que Parise vous a montrée dans toutes ses autopsies d'infections purulentes, et comparables aussi à la phlébite tuberculeuse que Weigert a constatée dans la plupart des cas de tuberculose miliaire aiguë.

Enfin, il est vraisemblable qu'aux deux racines précédentes on doive en ajouter une troisième, c'est-à-dire l'envahissement [illegible] par le virus syphilitique, comme le [illegible] notre compatriote, le regretté Küss (de Strasbourg). Les indurations de voisinage, certains syphilomes chancriformes des périodes [illegible]maires, [illegible] plaideraient en faveur de cette théorie. D'ailleurs, le tissu conjonctif n'est autre chose que l'origine du système lymphatique (Ranvier).

Il serait intéressant de pouvoir déterminer [illegible] riétés dans la rapidité d'absorption du virus et [illegible] les différences que l'on observe dans l'apparition des phénomènes d'infection générale, [illegible] avec les variétés [illegible] précédentes. Cette hypothèse est [illegible] presque impossible à vérifier, car toutes les racines [illegible] doivent coexister dans la majorité des cas [illegible] [illegible]

Donc le chancre, Messieurs, [illegible] [illegible] foyer virulent [illegible] [illegible] de l'infection générale de l'organisme. Il n'est pas la manifestation locale d'un état général; il n'est pas le premier des accidents secondaires.

Est-ce à dire que lorsque le chancre se montre *l'organisme ne soit pas infecté?* Peut-on considérer cette apparition précoce du syphilôme primaire comme dépendant seulement de l'accumulation considérable du virus en un point du tégument, bien qu'il existe déjà du virus disséminé dans le reste de l'organisme (1)? Ou, au contraire, le chancre *au début* et ses racines sont-elles uniquement un foyer dans lequel se multiplie le virus, foyer local d'où part l'infection générale?

Vous voyez que je penche vers cette dernière hypothèse. Mais je suis éclectique. Le chancre, au début, semble être un foyer local, mais ses racines le sont aussi. Or, comme ces racines peuvent être très nombreuses et étendues, comme nous ne savons pas d'une façon précise l'époque à laquelle elles se développent, il est difficile de dire où s'arrête l'infection.

D'ailleurs, s'il était prouvé que le virus syphilitique puisse, dans certains cas, pénétrer d'emblée et directement dans le sang, si, comme le dit le professeur Neisser, les bactéries de la syphilis arrivaient parfois directement et [illegible] dans la circulation générale, le chancre devrait être considéré comme un premier syphilôme dont l'apparition précoce dépendrait seulement de l'accumulation plus considérable du virus en un point du tégument.

Quoi qu'il en soit de la discussion précédente, le chancre paraît être un foyer où le virus pullule, où le virus se multiplie. Donc, quand on le peut, il faut enlever le chancre, mais il faudrait l'enlever avec ses racines, comme le dit si bien Diday (*Semaine médicale*, 1882). Mais comme les ganglions constituent une des principales racines du chancre, il faudrait aussi les enlever. Vous voyez d'ici les difficultés pratiques d'une pareille méthode. Cependant, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, certains auteurs (Bumm, etc...) les ont enlevés (2).

PATHOLOGIE EXTERNE

Fracture directe de la voûte du crâne, consécutive à une chute sur le pariétal gauche, chez un enfant de quatre mois. — Intégrité des téguments du crâne. — Méningite traumatique. — Mort.

Par Maurice NOTTA, interne des hôpitaux (?).

X..., âgé de quatre mois, était entré à l'hôpital [illegible] avec sa mère malade, [illegible] mars 1883. Il était en parfaite santé [illegible] [illegible]

(1) [illegible]

(1) [illegible]

(2) [illegible]

trouver et sans provoquer autre chose que des cris, qui paraissaient plus vifs dès qu'on lui remuait la tête. Nous ne savions à quoi attribuer cet état qui se termina par la mort.

A l'AUTOPSIE nous constatâmes l'existence d'une méningite caractérisée par un pus jaunâtre et crémeux étendu en nappe sur le lobe gauche du cerveau, plus épais au niveau de la scissure de Rolando et de la pariétale ascendante. Il n'y avait ni fausses membranes ni épaississement des méninges. Les coupes du cerveau montrèrent que les lésions étaient, macroscopiquement du moins, localisées à la substance corticale. La base et le lobe droit étaient intacts. En grattant soigneusement avec une rugine la voûte crânienne, nous découvrîmes l'existence d'une fracture du pariétal gauche, sans déplacement des fragments, d'une véritable felure, obliquement dirigée de bas en haut et d'avant en arrière jusqu'à la suture sagittale qu'elle va rejoindre. Nous ne trouvâmes rien à la base du crâne.

RÉFLEXIONS. — Nous avons cru qu'il n'était pas sans intérêt de publier ce cas dont la rareté et la cause présentent chacune à un point de vue différent un réel intérêt. — Au point de vue de la pathogénie, nous apprîmes que l'enfant était tombé du lit de sa mère, c'est-à-dire d'une hauteur d'environ 0,75 centimètres, *cinq jours avant le début des accidents*. La tête avait porté sur le sol, qui était du parquet, mais personne n'y avait pris garde, « l'enfant s'était vite consolé. » Quant à la rareté des faits de ce genre, elle s'explique par l'élasticité du système osseux à cet âge et en particulier de la boîte crânienne. Il eût été intéressant de rechercher si dans les antécédents héréditaires il n'y avait pas quelque affection diathésique pouvant justifier jusqu'à un certain point la friabilité du système osseux chez notre sujet. Dans les cliniques de M. de Saint-Germain, comme dans celles de Giraldès, les observations citées ont trait à des enfants de 4 à 7 ans, sauf une observation de Giraldès qui rapporte l'histoire d'un enfant de quatorze mois, atteint d'une fracture du pariétal droit consécutive à une chute dans un escalier (1). Les accidents apparurent quinze jours après la chute, et l'enfant succomba. En réalité, plus l'enfant est jeune, plus le diagnostic est difficile, et plus les lésions sont difficiles à constater. En outre, il faut se défier de l'apparente et trompeuse innocuité que présentent souvent les fractures de la voûte du crâne, qui déterminent brusquement au bout de quelques jours, comme chez notre malade, une méningite aiguë rapidement mortelle.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants*. Delahaye, Paris, 1869; p. 719, 22e ligne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour l'Adjuvat d'anatomie et le Prosectorat s'ouvriront le lundi 8 mars 1886.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET PHARMACIE D'ANGERS. — Le 1er juillet 1886 s'ouvrira un concours pour la nomination à une place de chef des travaux anatomiques et physiologiques. — Le 15 juillet s'ouvrira en outre un autre concours pour la nomination à une place de chef des travaux de physique et de chimie.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Un concours pour une place de professeur suppléant de physique et de chimie s'ouvrira devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, le 17 juin 1886. S'inscrire au secrétariat de l'École de pharmacie de Paris, un mois au moins avant la fin du concours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Prix à décerner en 1886. 1° Prix de la Société : *De l'épilepsie* [illegible], valeur 1000 fr. 2° Prix Faure : « Exposer [illegible] ce qu'on entend par alcoolisme, et en montrer les inconvénients pour la santé, non seulement en ce qui concerne l'ivrognerie, mais encore l'usage quotidien et prolongé des [illegible] alcooliques. » S'adresser à M. le secrétaire général, allée de Tourny, 10, jusqu'au 31 août 1886.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr Fauconnier [illegible] nommé membre de la douzième commission locale chargée de veiller dans le VIe arrondissement de Paris à l'exécution de la loi du 19 mai 1874 (travail des enfants dans l'industrie). — M. le Dr Landois est nommé médecin du lycée de Pontivy, en remplacement de M. le Dr Lefur, décédé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Inauguration de la statue de Claude Bernard.

« Ce n'est qu'aux inventeurs que la vie est promise. »

Le dimanche 7 février, à 10 heures, a eu lieu au Collège de France l'inauguration de la statue de l'illustre physiologiste Claude Bernard. Cet hommage solennel rendu à la mémoire d'un homme de si haute volée est un fait qui ne doit point être considéré comme une cérémonie banale, comme une fête de clocher, comme une manifestation toute locale à l'adresse du grand maître, dans ce quartier des Écoles et des Laboratoires qu'aima tant Bernard ; et il appartient bien, pour des raisons connues de tous, à la presse médicale tout autant qu'à la presse scientifique, de souligner plutôt deux fois qu'une l'importance d'un pareil événement. Et pourtant le grand public lui-même d'une ville comme Paris a paru bien peu s'intéresser à l'érection de ce monument : Il n'a pour excuse que le petit nombre d'invitations qui ont été lancées en dehors du monde savant. Et d'ailleurs, pourrait-il dire, on élève tant de statues aujourd'hui ! Qu'il se tranquilise cette fois ; ce n'est point une occasion propice pour courir sus à la statuomanie contemporaine ; la valeur et la supériorité des œuvres de Bernard affirment trop que les savants français n'ont point fait excès d'admiration en voulant perpétuer à travers les âges la mémoire de cet homme de génie.

Dès neuf heures et demie, les invités arrivent et envahissent l'enceinte réservée, tandis qu'un petit nombre de curieux entoure les abords du Collège de France, orné, pour la circonstance, de quelques drapeaux tricolores. Au coin de l'édifice et de la rue Saint-Jacques, une simple plaquette de bois, encadrée dans une guirlande de feuilles vertes, et placée au-dessus de la fenêtre du laboratoire Magendie, attire les regards ; et nous constatons avec la plus grande satisfaction, avec une profonde émotion que, lors de la glorification de l'homme, on n'oublie point les lieux malsains où le jeune étudiant devint le vieux savant, le maître de la physiologie française, et là où il trouva la mort.

Cent cinquante personnes à peine sont présentes au début de la cérémonie, et nous remarquons parmi les assistants la plupart des représentants de la science contemporaine et quelques rares notabilités littéraires, politiques et universitaires ; peu de professeurs de la Faculté de médecine, de la Faculté des sciences, la plupart des professeurs et des préparateurs du Collège de France et du Muséum d'histoire naturelle ; la plupart des élèves du laboratoire de Claude Bernard : MM. Bert, Ranvier, Dastre, D'Arsonval, Jousset de Bellesme, Gréhant, Chauveau de Lyon, des membres de la *Société de biologie* ; M. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; un certain nombre d'internes des hôpitaux, la délégation de l'*Association générale des Étudiants*, bannière en tête, et quelques rares, trop rares étudiants. Le voile qui recouvre la statue tombe à dix heures. Claude Bernard est représenté debout, le bras droit appuyé sur une petite table où se trouvent quelques instruments de laboratoire peu déterminables et un chien sur le point d'être soumis à une expérience physiologique. Le savant paraît plongé dans une profonde méditation. Sur une [illegible] en bronze on a inscrit [illegible] les principales découvertes (*Glycogénie, nerfs vaso-moteurs*, etc.) sa philosophie tout entière dans ces mots : *Physiologie générale, Unité de la vie et Déterminisme*. Sur le socle en pierre du monument est gravée l'inscription suivante : *A Claude Bernard, ses collègues, ses amis, ses disciples* (1).

(1) La statue, en bronze, [illegible] Collège de France [illegible] M. Guillaume [illegible] M. Guérard. [illegible]

Malgré ce qu'en ont pu dire quelques journaux politiques, le Gouvernement ne s'est point fait représenter à l'inauguration de la statue de Bernard. Il est fort regrettable que le ministre de l'Instruction publique n'ait pas saisi toute l'importance qui s'attachait à la cérémonie du 6 février. Le physiologiste, dont on fêtait en ce jour la mémoire, est non seulement un des plus grands hommes de science de notre temps, mais une des gloires les plus pures de la France savante.

En l'absence de M. Goblet, M. P. Bert prend le premier la parole au nom de la *Société de Biologie*, dont il était jusqu'à samedi dernier le président, et au nom du Comité de souscription du monument. Il remercie tous ceux qui ont contribué à l'érection de cette statue, rappelle à grands traits l'œuvre de son maître que la critique n'a pu atteindre, et termine son allocution en montrant que c'est bien là, dans cette rue des Ecoles, devant le Collège de France, la place qui convient à ce chercheur de génie, entre la Faculté de médecine, où il débuta, et pour laquelle il a tant travaillé, et ce Muséum d'histoire naturelle où il professa longtemps (1).

Puis M. Berthelot parle au nom du Collège de France et, dans un discours des plus intéressants, montre comment Bernard y a vécu, comment il y a grandi en intelligence et réputation, comment il y a fait ses plus belles découvertes. Racontant les débuts de la Société de Biologie, il nous fait voir de quel éclat y brillait le jeune physiologiste, déjà célèbre en France et à l'étranger, combien il était plus heureux dans son laboratoire insalubre, que dans sa chaire de la Faculté des Sciences, où il ne pouvait, franchement et à son aise, exposer ses idées. Il insiste avec raison sur le grand rôle que joue dans la science la Société d'où est partie l'initiative de cette statue et de cette cérémonie.

Après M. Berthelot, M. Chauveau, de Lyon, au nom des compatriotes de Claude Bernard, célèbre le Lyonnais, devenant vigneron à ses heures dans son ermitage de Saint-Julien tout près de son lieu de naissance, où il allait se reposer de ses longs et minutieux travaux. Il rappelle que sa statue sera le palladium de la nouvelle Faculté de Lyon, dont les membres sont justement fiers de pouvoir ainsi honorer un aussi illustre concitoyen.

M. Dastre prend ensuite la parole au nom des derniers élèves de Bernard, et M. Frémy, dans une courte improvisation ajoute que, professeur au Muséum en même temps qu'au Collège de France, notre grand homme aura de droit, et sous peu, sa place marquée dans la galerie des portraits, au milieu de ceux qui ont illustré cet établissement scientifique. Enfin, M. Renan dit l'*Ite missa est*, en souhaitant que parmi la jeunesse des Ecoles, représentée par l'Association générale des Etudiants, on retrouve quelque jour un digne continuateur du maître dont le monde savant honore aujourd'hui la mémoire. A 11 heures, cette petite fête de famille était terminée.

tents affirment que la ressemblance aurait pu être plus frappante on ne peut cependant ne pas adresser de vives félicitations à l'artiste qui a si bien rendu l'attitude pensive du savant en face d'une expérience nouvelle et féconde en résultats.

(1) Un incident s'est produit pendant le discours de M. P. Bert, un vigoureux coup de sifflet se fait tout à coup entendre, et la personne qui siffle est une femme qui déclare faire partie de la Ligue Antivivisectionniste ; conduite en dehors de l'enceinte par les gardes municipaux, elle renouvelle sa malencontreuse protestation, ce qui oblige à la mettre en lieu sûr, malgré l'offre aimable du Dr Bouchereau qui lui propose le plus gracieusement du monde une retraite paisible à Sainte-Anne.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine.

En 1883, M. Chevandier et un certain nombre de ses collègues ont déposé un projet de loi sur l'exercice de la médecine. Ce projet de loi, que nous avons publié dans le n° 11, p. 216, 1884, fut renvoyé à une commission spéciale. Nous avons eu l'occasion de parler, à plusieurs reprises, des travaux de cette commission (1) et d'indiquer quelques-unes des modifications apportées au projet primitif. La commission adopta le projet modifié et M. Chevandier déposa son rapport le 11 juin 1885. La législature touchant à sa fin, ce projet ne put être discuté.

Dès que la nouvelle Chambre a été constituée, MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Lyonnais, Chavanne, Michon, Richard (Drôme), Bernard Lavergne, Vacher, ont repris (26 novembre, 1885, n° 122) le projet modifié ; il a été pris en considération, à la suite d'un rapport sommaire de M. Chevandier (21 déc. 1885, n° 279), par la Chambre, qui en a renvoyé l'examen à une commission. Celle-ci a été nommée par les bureaux dans leur réunion des 2 et 4 février. Elle est composée de : MM. Bourneville, Dr J. Carret, Dr Chevandier, Cordier, avocat, Dr Dellestable, Dr Devade, Dr Frébault, Dr Michou, Dr Rathier, Simonnet, industriel, Dr Viger.

Dans quelques-uns des bureaux, la discussion a été assez vive entre les partisans et les adversaires du *libre exercice de la médecine*. Plusieurs candidats ont déclaré qu'ils étaient partisans de la liberté de l'exercice de la médecine, mais que tout en préparant une loi qui constituerait un pas dans ce sens, il n'était pas prudent de l'établir dès maintenant. Ce serait en effet accorder toute licence aux prêtres et aux congrégations religieuses qui, de tout temps, ont exercé illégalement la médecine et en tirent bénéfice et influence. Lorsque la suppression du budget des cultes aura été votée ainsi que l'obligation pour tous du service militaire, cette raison ayant perdu de son importance, le libre exercice de la médecine aura moins d'inconvénients. Et ces inconvénients d'ailleurs iront encore en diminuant au fur et à mesure que l'instruction publique sera plus répandue, surtout si on a soin d'enseigner dans les écoles primaires et dans les écoles secondaires, des notions d'hygiène, d'anatomie et de physiologie. Grâce, en effet, à ces connaissances, la majorité des citoyens comprendra mieux par ce qui leur aura été enseigné, combien il faut avoir d'expérience et de savoir pour pratiquer convenablement la médecine. Ils seront un peu mieux à même de choisir avec connaissance de cause l'homme auquel ils accorderont leur confiance.

Ces opinions ont été soutenues, entre autres, par le rédacteur de ce journal. De plus, il a rappelé la part qu'il a prise à l'élaboration du nouveau projet en demandant : 1° que les officiers de santé soient autorisés à exercer la médecine, avec les restrictions légales actuelles, dans *tous* les départements, ce qui supprimera une des causes de poursuite pour exercice illégal de la médecine ; — 2° qu'ils aient la faculté de devenir docteurs en médecine à la condition de passer deux

(1) *Progrès médical*, 1884, p. 236, 936.

examens, de présenter et soutenir une thèse et en les dispensant de produire les diplômes de bachelier, exigés par le projet primitif; — 3° en faisant admettre l'autorisation pour les internes nommés au concours et les étudiants en médecine pourvus de 16 inscriptions d'exercer la médecine soit en cas d'épidémie, soit en cas de remplacement, — modification qui supprimera une autre cause de poursuite pour exercice illégal de la médecine; — en faisant modifier dans un sens libéral les conditions imposées à l'exercice de la médecine par les Français reçus médecins à l'étranger ou par les docteurs étrangers. Nos lecteurs trouveront plus loin le texte du projet de loi (p. 143). Ils pourront le comparer avec l'ancien (1) et apprécier aisément les différences. Il est à espérer que la commission va poursuivre promptement ses travaux. Aussi, ne saurions-nous trop engager nos lecteurs à nous soumettre leurs observations. Le *Progrès médical* s'efforcera de les placer sous les yeux de ses lecteurs.

Hospice de la Salpêtrière : ouverture du cours des maladies mentales et nerveuses : M. Aug. Voisin.

M. Aug. Voisin a commencé son cours le dimanche 7 février à la Salpêtrière. Dans sa première leçon, le professeur a traité d'un sujet qui, par sa nouveauté, présente le plus grand intérêt, l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement des affections mentales. Depuis sa communication au Congrès de Blois 1884, M. Aug. Voisin, encouragé par les premiers résultats, a continué patiemment ses recherches et obtenu de nouvelles guérisons par ce procédé. Après un rapide exposé des phénomènes de l'hypnotisme, de son mode de production, de ses réactions caractéristiques, le professeur expose avec plus de détails ses indications, son mode d'emploi, son action dans la thérapeutique mentale. L'hypnotisme agit de deux façons : d'abord par l'action inhibitoire qui lui est propre, puis par les suggestions qu'il permet de faire et qui auront d'autant plus de chances de réussir qu'elles seront faites d'une façon ferme sans être brutale, que le sommeil sera plus profond et créera un état d'automatisme cérébral plus complet, qu'enfin l'attention qu'y prêtera le sujet sera plus grande. Les séances + seront courtes d'abord, et ne devront jamais dans la suite dépasser 24 h. Les suggestions ne s'attaqueront que successivement aux différents symptômes morbides. Nous avons assisté ensuite à la présentation de trois malades que M. Aug. Voisin a traitées et guéries de cette façon et certes ce n'est pas là la partie la moins intéressante de cette conférence, car si une méthode ou une théorie peuvent être passibles d'objections, les faits sont des arguments devant lesquels il faut s'incliner. Une première malade, en proie à un violent accès maniaque, a été guérie en deux séances d'hypnotisme, et ce procédé semble aussi modifier heureusement des vertiges et des crises de nature comitiale qu'elle présente. Une jeune fille a été guérie en deux séances aussi d'un accès de délire mélancolique avec hallucinations diverses et idées de suicide, s'accompagnant de divers symptômes de nature hystérique. Quelques séances d'hypnotisme enfin ont eu raison chez une dernière malade d'une hémianesthésie hystérique sensitivo-sensorielle avec achromatopsie, d'hallucinations, d'un délire mélancolique avec idées de suicide et d'empoisonnement. Ces heureux résultats doivent encourager à employer l'hypnotisme dans le traitement de différentes vésanies. On aura d'autant plus de chances de réussir, qu'on s'adressera à un tempérament hystérique, et loin de craindre alors de créer, comme on l'a dit, une nouvelle névrose expérimentale, on pourra espérer, grâce à la *thérapeutique suggestive*, arriver rapidement à une amélioration notable ou même à une guérison.

(1) *Progrès médical*, 1884, p. 216.

+ de sommeil

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. A. Galibert adresse, pour le concours des arts insalubres, une note relative à un *nouvel appareil permettant de séjourner dans un espace occupé par des gaz délétères.*

M. V. Jodin, à propos des récentes expériences de M. Regnard, rappelle d'anciennes recherches faites par lui sur *la chlorophylle.* Il a constaté qu'une feuille simplement desséchée perdait son action chlorophyllienne et il croit qu'en dehors de l'intégrité physiologique, la lumière n'agit plus sur la feuille que pour détruire la chlorophylle et en provoquer l'oxydation.

M. A. Sabatier continue ses études sur la *morphologie de l'ovaire chez les insectes.* Chez les Hémiptères il se forme au centre du tube ovarien une cavité centrale dans laquelle les ovules sont suspendus et peuvent relativement cheminer en s'éloignant de leurs cellules nutritives; — chez les Lépidoptères, au contraire, le tube ovarien restant massif, les ovules demeurent enchâssés entre leurs cellules nutritives et celles de l'ovule voisin et ne peuvent ni s'en séparer ni s'en éloigner.

La liste des candidats à la place devenue vacante dans la section de physique par suite du décès de M. Desains est ainsi composée : *en première ligne*, M. Lippmann; — *en deuxième ligne* (ex æquo), MM. Becquerel, Lucas, Le Roux; — *en troisième ligne*, MM. Bouty, Mercadier, Violle. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 février 1886. — Présidence de M. P. Bert.

M. Retterer complète sa précédente communication sur le *périchonde et le développement du périoste.*

M. Dastre dit que jusqu'ici les physiologistes ne connaissaient qu'un très petit nombre de réflexes bien localisés; aussi la découverte d'un nouveau phénomène de cet ordre mérite-t-elle d'être mentionnée chez le chien, l'excitation brève de la muqueuse gingivale supérieure provoque un mouvement de projection de la lèvre inférieure qui vient recouvrir les incisives supérieures. C'est là un réflexe du trijumeau, la voie d'aller étant représentée par le nerf dentaire et la voie de retour par le facial et l'hypoglosse. Ce réflexe disparaît très tardivement.

M. Dupuy parle des retards qu'on observe en excitant diverses régions de l'encéphale.

M. Gellé, complétant sa précédente communication sur la *mensuration de l'acuité auditive,* analyse les intermittences de la sensation.

M. Beauregard parlant des pièces qui constituent le squelette des insectes vésicants, décrit leurs diverses transformations dans la série.

M. Laborde dit que lorsqu'on pique un pédoncule cérébral, on observe chez l'animal un mouvement de giration qui se fait toujours du côté piqué. La piqûre des fibres transversales de la protubérance provoque un mouvement de manège qui s'effectue dans le sens de direction de ces fibres. On a fondé sur ces faits différentes théories, en ce qui concerne la physiologie de ces tractus nerveux. M. Laborde se pro-

pose, dans une prochaine séance, de montrer des animaux chez lesquels il a produit des piqûres et partant des excitations exactement limitées, et, à ce propos, il présentera à la Société une interprétation des phénomènes observés et particulièrement des mouvements de manège, de giration et de roulement.

M. Œchsner de Coninck dépose une note sur la *classification des alcaloïdes*, note sur laquelle il se propose de revenir dans une prochaine communication.

M. P. Bert dans une allocution émue, dit que sur le point de partir pour le Tonkin pour un laps de temps qu'il ne saurait préciser remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président perpétuel de la Société; se trouvant forcément éloigné d'eux, il leur remet sa démission.

M. Grimaux dans une chaleureuse improvisation, rappelle les services rendus à la Société par M. P. Bert, et pense être l'interprète de tous en disant que les vœux des Sociétaires accompagneront le Président dans la grande tâche qu'il a entreprise.

La Société décide qu'il n'y a lieu de prendre aucune détermination en ce qui concerne la démission de M. P. Bert. Elle espère qu'il reviendra bientôt siéger parmi ceux qui lui ont donné leurs suffrages.

Elections: M. Dubois est nommé membre titulaire. Une commission composée de MM. Chatin, Fr. Franck et Luys est nommée pour examiner les titres des canditats à la prochaine place vacante. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 février 1886. — Présidence de M. Trélat.

M. Proust donne les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré sur l'épidémie cholérique du Finistère. De ses observations il résulte que le choléra a été importé dans ces régions où n'existait auparavant aucune constitution médicale prémonitoire. La maladie est restée circonscrite dans les villages et les villes du littoral : quelques cas disséminés se sont montrés dans l'intérieur, à Quimper notamment et cela par le fait des relations plus faciles de cette ville avec le littoral; dans chacune des localités atteintes, le choléra s'est localisé dans certains quartiers les plus mal favorisés au point de vue de l'hygiène; aussi la classe pauvre et les gens débilités ou en proie à l'alcoolisme ont-ils été surtout frappés. L'eau semble avoir joué un grand rôle dans la propagation de la maladie et les conditions d'insalubrité dans lesquelles se trouvent certains villages ont été cause de l'intensité avec laquelle la maladie a frappé sur eux.

M. Polaillon lit un rapport sur une observation de M. Martel de Saint-Malo, à propos du *traitement des larges pertes de substance des parties molles de la jambe.* Il arrive parfois qu'en présence des larges pertes de substance, le chirurgien se voit dans l'obligation d'avoir recours à l'amputation de la jambe. M. Martel, dans un cas de ce genre où l'attrition des parties molles était très étendue, a pratiqué la résection de sept centimètres et demi de tibia et de péroné. Les os furent suturés avec du fil d'argent et les bords de la plaie purent être rapprochés et mis en contact : au bout de trois mois la guérison était obtenue avec un raccourcissement du membre facilement remédiable.

M. Gautier remercie d'abord M. Peter des termes élogieux avec lesquels il a parlé de ses travaux et de l'appui qu'il est venu donner à la théorie de l'auto-infection; mais il ne pense pas cependant que ses recherches puissent permettre de conclure à la spontanéité des maladies ; car il en est certainement qui se propagent manifestement par contagion, comme l'a démontré M. Pasteur; on ne peut admettre en effet aujourd'hui que le charbon infectieux, le choléra des poules et le rouget du porc soient nés spontanément dans l'organisme, pas plus du reste qu'on ne comprend la variole, la scarlatine sans introduction d'un agent spécifique. Mais, à côté de ces maladies d'origine microbienne, vient se ranger toute une série d'affections qui ont leur origine en nous-mêmes; la goutte, le rhumatisme, le diabète et l'ensemble des maladies par ralentissement de la nutrition, rentrent dans cette catégorie, ont leur cause première en nous et c'est en ce sens qu'il faut entendre les études de M. Gautier. Sa conception en effet est celle-ci : nos cellules normales, en pleine santé, donnent naissance à des alcaloïdes vénéneux qui produisent en nous une sorte d'empoisonnement, d'où résulte un état morbide né de nous et en nous; ces produits spéciaux, ces alcaloïdes sont les leucomaïnes.

M. Le Fort a la conviction que l'étude des leucomaïnes sera l'une des plus fécondes qui soit réservée à la médecine de l'avenir, et il va chercher à s'appuyer sur cette découverte pour expliquer l'apparition de certaines maladies dont la genèse primitive a été niée à tort par la doctrine microbienne. Depuis 1865 il a toujours soutenu en effet que, sous certaines influences, il peut naître une complication chirurgicale, l'érysipèle, la septicémie qui secondairement devienne transmissible et contagieuse; cette conception se trouve parfaitement d'accord ou plutôt semble démontrée par la récente découverte de M. Gautier. M. Le Fort ne prétend pas qu'un malade puisse engendrer, sans apport étranger, une maladie spécifique ; il croit seulement qu'une complication telle que la septicémie, l'infection purulente, peut se développer spontanément chez un individu déjà malade antérieurement. Que se passe-t il en effet pour l'érysipèle ? Un malade a une plaie, cette plaie est irritée et aussitôt un érysipèle se déclare; et alors deux hypothèses se présentent : ou bien le microbe existait déjà et n'attendait qu'une occasion pour manifester sa présence ou bien le germe morbide qui produit l'érysipèle, s'est créé directement dans la plaie. Mais si l'érysipèle se déclare chez un individu isolé, au fond des bois, on cherche en vain la contagion; on est réduit à placer dans l'organisme lui-même la cause de cette complication et l'on arrive ainsi à la génération primitive du germe.

A propos de la fièvre puerpérale, M. Le Fort donne la relation d'une petite épidémie dont il a été témoin et dont sept femmes furent les victimes.

Ayant fait une enquête à ce sujet, il apprit alors que la première femme ayant succombé était atteinte pendant sa grossesse d'une fistule à la cuisse. C'était là le point de départ; chez cette femme, par suite de l'état puerpéral, il était survenu une modification organique qui avait donné lieu à la production du germe morbide, lequel avait été ensuite transmis aux autres accouchées par l'intermédiaire de la sage-femme.

En résumé, M. Le Fort admet que sous certaines influences morbides, il s'opère des groupements de cellules, des transformations donnant lieu à des poisons septiques capables de créer des maladies contagieuses.

M. Verneuil pense que la femme, cause première de l'épidémie citée par M. Le Fort, était habitée depuis longtemps par le germe morbide; elle était en état de *parasitisme latent*. On sait en effet, d'après les récentes expériences, que le microbe peut vivre plus de quinze ans dans les trajets fistuleux.

M. Trélat admet l'existence du microbe qui pour lui existe à l'état permanent et se manifeste, suivant les circonstances, par des symptômes plus ou moins graves et des localisations diverses. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 17 avril 1885. — Présidence de M. Cornil.

11. Cachexie cardiaque. — Dégénérescence granulo calcaire des valvules du cœur droit et gauche ; par M. Poirson.

Augustine A..., âgée de 63 ans, marchande des quatre saisons, entre le 3 février 1885, salle Sainte-Marthe, lit nº 1, à l'hôpital de la Charité, dans le service de mon savant maître, M. le professeur Laboulbène. L'interrogatoire de la malade nous indique que depuis longtemps elle est emphysémateuse et sujette à des bronchites. Impossible de trouver des antécédents arthritiques dans son passé. D'autre part, c'est une alcoolique avérée ayant des

pituites le matin, des crampes dans les jambes, des cauchemars la nuit. Cette malade a eu quatre enfants. A son arrivée dans le service, elle avait la face, les lèvres et surtout les extrémités bleuâtres. Elle affirmait qu'elle avait cette teinte bleuâtre depuis le mois de septembre. Elle accusait une dyspnée assez forte. Il y avait du pouls veineux. Le foie était gros et douloureux : il y avait un peu d'ascite. Le pouls artériel était petit, sans intermittences. Les jambes étaient œdématiées; râles d'œdème pulmonaire. Cette femme en un mot présentait depuis six mois l'aspect de la cachexie cardiaque. Le cœur droit était nettement dilaté et la matité cardiaque s'étendait jusqu'à trois travers de doigt à droite du sternum. La pointe du cœur battait vers le 5e espace intercostal. A l'auscultation, on entend un souffle systolique au niveau de la pointe et un autre souffle plus intense et d'un timbre différent au niveau de l'appendice xyphoïde. A la base, on ne perçoit aucun bruit. Pas d'albumine dans les urines.

M. le professeur Laboulbène porte le diagnostic de cachexie cardiaque consécutive à une insuffisance mitrale. On donna à cette malade de la macération de digitale à la dose de 50 centigr., puis de la caféine à la même dose; enfin, du vin diurétique de Trousseau, en y joignant tout le temps une potion de Todd et des ventouses sèches de temps à autre. Cette femme conserva une dyspnée de plus en plus forte et elle finit par mourir le 25 mars 1885.

Autopsie. — Légère broncho-pneumonie : foie cardiaque; rate cardiaque; reins congestionnés. Nous n'insistons pas sur la description des lésions de ces organes, sur lesquels il n'y a rien de particulier à noter. Cœur petit, plaques graisseuses assez nombreuses sur ces parois, notamment du côté de la base; poids 285 gr. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont athéromateuses, surtout au niveau de leur insertion inférieure. A l'entrée de l'aorte, quelques plaques calcaires. L'une des valvules sigmoïdes offre à sa partie inférieure une partie calcifiée de la grosseur d'une lentille; au-dessous de ces valvules on trouve quelques noyaux calcaires. La valvule mitrale présente sur son pourtour quelques noyaux calcaires. Les piliers sont en assez bon état et les lésions siègent en somme au niveau des replis valvulaires au point de leur insertion dans l'oreillette. Le cœur droit est légèrement dilaté; le diamètre de l'orifice tricuspidien est de 11 cent. 1/2. La valvule tricuspide présente en plusieurs endroits des noyaux durs jaunâtres sur plusieurs points, ces noyaux ont la consistance calcaire. Quant aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, elles présentent au niveau de leurs insertions inférieures un bourrelet dur jaunâtre.

Réflexions. — L'intérêt de cette présentation réside dans ce fait de l'existence d'une cachexie cardiaque dans laquelle les lésions tricuspidiennes ont joué un aussi grand rôle que les lésions de la valvule mitrale; car les lésions de cette dernière sont moins considérables que celles de la tricuspide et, d'autre part, les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont prises également. Cette malade qui était alcoolique, n'a jamais eu ni rhumatisme, ni syphilis. Les lésions cardiaques se sont faites petit à petit. D'un autre côté, l'aorte n'a pas de plaques calcaires bien nettes. Le cœur n'était pas hypertrophié comme à la suite de vieilles lésions valvulaires. Il n'y a eu aucune cause d'endocardite, aussi voyant [illegible] des lésions cardiaques, nous en concluons à la [illegible] graisseuse des valvules des deux cœurs. Le point [illegible] dans cette présentation, c'est la grande importance relative des lésions du cœur droit par rapport au cœur gauche et le développement d'une cachexie cardiaque qui a duré six mois, alors que les valvules du cœur gauche [illegible] naient en somme encore assez bien comme le prouve d'ailleurs l'absence d'hypertrophie du muscle cardiaque. Ces lésions de la valvule tricuspide étaient traduites par la production d'un souffle systolique au niveau de l'appendice xiphoïde et ce sont elles qui ont surtout contribué à la gêne circulatoire qui a amené la mort de cette malade par une broncho-pneumonie cachectique. La rareté relative des lésions athéromateuses de la valvule tricuspide nous ont paru nécessiter cette présentation à la Société anatomique, aussi bien que la grande importance que la lésion du cœur droit a eue dans la production de la cachexie cardiaque chez cette malade qui avait en somme des lésions peu considérables du cœur.

12. Rupture d'un cordage tendineux végétant de la valvule mitrale. — Infarctus du rein gauche et du poumon droit. — Perforation de l'estomac. — Légère péritonite; par M. Poupon, interne des hôpitaux.

L..., Edmond, âgé de 41 ans, employé de commerce, entre à la Charité, salle Saint-Michel, lit nº 12, le 12 janvier 1885 (service de M. le professeur Laboulbène). Cet homme ne présente aucun antécédent alcoolique; mais c'est un vieux rhumatisant ayant eu depuis longtemps des douleurs vagues et, en 1882, une attaque franche de rhumatisme articulaire, depuis laquelle il a ressenti constamment des palpitations. Pas de traces de syphilis.

A son entrée à l'hôpital, ce malade nous frappe par l'intensité de sa dyspnée. De plus, il a le pouls veineux; le foie est un peu gros et douloureux à la pression. D'un autre côté, il nous est impossible de constater l'œdème des jambes. Pas de souffle tricuspidien. Rien à l'aorte; ce qui nous étonne, c'est le facies pâle du malade. L'auscultation du cœur nous révèle l'irrégularité des bruits de cet organe, qui sont tumultueux et désordonnés, sans qu'il soit possible de trouver un bruit de souffle à l'un des deux temps. La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal. La percussion du cœur est impossible à cause de la lame pulmonaire qui passe au-devant du cœur. Le pouls est irrégulier, intermittent, inégal, petit. Voussure du thorax. La percussion de la poitrine montre que cet homme est atteint d'emphysème pulmonaire. A l'auscultation, on entend de nombreux râles sibilants, surtout localisés en avant. L'examen des urines ne nous révèle aucune trace d'albumine.

M. le professeur Laboulbène porte le diagnostic d'affection mitrale à la période d'asystolie chez un emphysémateux. On prescrit d'abord un ipéca stibié, puis des ventouses sèches pour décongestionner le poumon. Ensuite, M. Laboulbène donne au malade de la digitale et du vin diurétique, du lait, etc. Vers le 10 mars, le malade, dont la dyspnée allait croissant, se plaignit vivement de douleurs dans le ventre, surtout au niveau de la région stomacale. Or, cet homme n'avait jamais été sujet aux vomissements et jamais il n'a vomi le sang. Ces douleurs abdominales, surtout localisées à l'estomac, étaient pour lui un symptôme nouveau qu'il n'avait jamais éprouvé jusque-là. La percussion de l'abdomen y indiquait la présence d'une certaine quantité de liquide. Ces douleurs allèrent en augmentant dans l'abdomen jusqu'au 18 mars, où elles doublèrent d'intensité. Le malade mourut le 19 mars, à sept heures du soir.

Autopsie. — Les poumons présentent des lobules congestionnés, durs, tombant dans l'eau. Ces foyers de broncho-pneumonie sont disséminés. A côté se trouvent des lobules emphysémateux. A la base du poumon droit adhérences pleurales, qui sont [illegible] d'un infarctus. [illegible] est gros [illegible]. Dans le reste du poumon, pas [illegible] d'infarctus; mais entre les deux lobes du poumon droit, [illegible] environ 150 gr. de liquide clair [illegible]. Dans le poumon gauche, on ne trouve simplement que des lésions de broncho-pneumonie. [illegible]

[illegible] plaque [illegible] au voisinage de la pointe du cœur gauche. Le cœur pèse 420 gr. Hypertrophie légère du cœur gauche. Cœur droit un peu dilaté. Les valvules sigmoïdes de l'aorte [illegible] très prononcée; elles sont [illegible] à leur partie inférieure; ces plaques sont [illegible] calcaires. A l'entrée de l'aorte, on trouve également quelques plaques calcaires.

Valvule mitrale. La projection d'eau par l'oreillette gauche permet de constater l'insuffisance de la valvule mitrale. Cette valvule présente à son insertion supérieure un aspect triangulaire. Sur l'angle externe de ce triangle, on aperçoit une saillie d'une longueur de près de 1 cent.; cette saillie est flottante, de consistance mollasse; elle a 2 mill. de largeur. Cette végétation se dirige vers la pointe du cœur et par conséquent elle est placée dans le sens du courant sanguin. Les valves de la valvule mitrale sont extrêmement épaisses, de consistance très dure; elles offrent des points calcaires disséminés çà et là dans leur épaisseur, surtout au niveau de la partie antérieure de la valve gauche. Des brides fibreuses relient entre eux les piliers antérieurs de deuxième ordre. Sur l'un de ces piliers, on trouve une ulcération à bords rugueux d'une étendue de 2 mill. environ. Les bords sont calcifiés. De plus, il existe une ankylose des valves de la mitrale, avec hypertrophie énorme de tous les piliers qui soutiennent cette valvule. Nous voyons donc que tous les éléments composant la valvule mitrale et ses piliers sont fortement hypertrophiés, et ont une épaisseur de 3 à 4 millimètres sur un grand nombre de points. On trouve quelques noyaux jaunâtres d'endocardite au niveau de la valvule tricuspide. Ces lésions sont probablement contemporaines des lésions mitrales. Du côté des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, rien de spécial. Légère dilatation du cœur droit. Le diamètre de l'orifice auriculo-ventriculaire droit est de 11 centimètres 1/2.

L'ouverture de l'abdomen fut faite par un externe intelligent et instruit, M. Mordret. qui, frappé des lésions qu'il entrevit, laissa les organes en place: c'est ce qui nous permit de nous rendre compte de la bizarrerie de plusieurs des lésions qu'il nous reste à décrire. Le péritoine contient 5 litres environ de liquide séro-fibrineux. mais non purulent. Il n'y a dans ce liquide pas trace de matières fécales. Sur de nombreux points, le péritoine est le siège d'adhérences. Ainsi, on les remarque surtout au niveau du péritoine péricœcal et au niveau de la fosse iliaque. Le péritoine pariétal est injecté dans toute son étendue. Le grand épiploon, fortement épaissi, offre une coloration rougeâtre très intense. Le mésentère présente les mêmes lésions. Au niveau de l'estomac, le péritoine est légèrement injecté; mais ce qui frappe à ce niveau, c'est une large perforation située à 2 cent. du pylore. A ce niveau, aucune adhérence ni avec le foie ni avec la paroi abdominale. De telle sorte qu'après l'incision des parois de l'abdomen, on aperçoit un trou béant de la largeur d'une pièce de 1 franc. Ce trou est situé dans la paroi de l'estomac, qu'il met largement en communication avec la cavité péritonéale. Les bords en sont taillés à pic. La tunique musculeuse est plus largement ulcérée que la muqueuse, de telle sorte qu'en regardant de dehors en dedans le trou se trouve un peu rétréci par la saillie de la tunique muqueuse.

Nous avons vu plus haut qu'il y a une injection considérable et une hypertrophie notable des plis de la muqueuse stomacale qui offrent sur plusieurs points une saillie de près de 1 cent. La dissection la plus minutieuse des artères de l'estomac n'a donné aucun résultat. Au voisinage de la perforation, on trouve d· petites exulcérations en coup d'ongle.

L'intestin grêle est un peu rétracté. Un grand nombre de ses replis sont rougeâtres. L'injection vasculaire de ces parties est surtout située au niveau de la tunique péritonéale. Le gros intestin est dilaté. Matières fécales accumulées dans le rectum. Nous avons déroulé avec soin tout l'intestin grêle et la plus grande partie du gros intestin sans trouver traces d'altérations intestinales. Le foie et la rate présentent à un haut degré les lésions du foie muscade: mais ils n'ont pas d'infarctus. Dans le rein gauche, nous trouvons six infarctus à la face postérieure de cet organe et trois à la partie inférieure de sa face antérieure. Les infarctus sont composés d'une partie centrale blanchâtre avec une partie périphérique noirâtre. Du côté droit, rien à signaler. Les autres organes n'offrent rien d'intéressant à noter.

Réflexions. — Trois questions se posent pour nous à la suite de cette nécropsie : 1° La perforation stomacale est-elle due à une embolie? 2° Pourquoi la réaction péritonéale a-t-elle été si faible? 3° Quelle est l'origine de cette endocardite végétante avec ulcérations?

1° Cette nécropsie doit être rapprochée de deux faits que nous trouvons dans les *Bulletins de la Société anatomique*. En 1868, M. Bourneville et M. Durand ont présenté un cas d'ulcère de l'estomac cicatrisé coïncidant avec des infarctus des reins chez un vieillard; mais les valvules cardiaques sont saines et la dissection des vaisseaux de l'estomac ne fournit aucun résultat.

Enfin, en 1873, Lancereaux apporte à la Société un estomac présentant un ulcère qui occupe la petite courbure chez une femme ayant des infarctus des reins et des concrétions fibrineuses de l'oreillette gauche. Les artères du voisinage ne sont pas oblitérées. — Ces deux observations, qui sont loin d'être aussi nettes que la nôtre, ne démontrent-elles pas qu'il y a un certain nombre d'ulcères de l'estomac qui présentent une marche spéciale, une symptomatologie souvent effacée ou même nulle. Or, dans ces cas, comme le fait remarquer M. Gallard, on trouve généralement des ulcères vastes, comme dans notre observation.

Aussi, la coïncidence des infarctus du poumon et du rein nous porte-t-elle à attribuer à une embolie artérielle les lésions de l'estomac. Certes, cet homme avait de la gastrite chronique, mais les branches de l'artère rénale gauche ont été le siège d'embolie. D'autre part, nous avons trouvé un infarctus du poumon. L'origine de ces embolies est due sans doute à la végétation fibrineuse de la valvule mitrale ou à l'ulcération que nous avons signalée au niveau du bord antérieur de l'un des piliers. Ce malade a donc été atteint d'une endocardite végétante et ulcéreuse qui a été le point de départ d'une embolie diverse dans de nombreux organes. Il n'y a donc rien d'irrationnel à attribuer à une embolie cet ulcère de l'estomac. D'autre part, les ulcères simples de l'estomac qui reconnaissent pour pathogénie une gastrite chronique, sont causés généralement par des symptômes précis, et ils ont le plus souvent une marche lente; enfin (et c'est là un des points les plus intéressants), leur étendue est bien moins considérable, leur aspect est coniforme. Un dernier point sépare ces ulcères simples ordinaires de celui que nous relatons, c'est que dans ces derniers il existe constamment des lésions inflammatoires du péritoine qui constituent un fond à ces ulcères, quand ce n'est pas un organe voisin, tel que le foie, qui remplit cet office. Or, il n'en est rien ici. L'absence totale des lésions péritonéales est un fait des plus remarquables, sur lequel nous allons du reste revenir. Aussi, pour les divers motifs que nous venons d'exposer, conclurons-nous sous réserve d'un examen microscopique à l'origine embolique de cet ulcère.

2° Nous venons de voir plus haut, dans la relation de la nécropsie, que la réaction péritonéale avait été très faible, que c'est à peine si au pourtour de l'ulcère on trouvait un peu d'épaississement de cette tunique avec une légère injection vasculaire. Il est tout à fait exceptionnel que de larges ulcères comme celui-ci arrivent à perforer un estomac sans provoquer une péritonite suraiguë. Aussi est-il intéressant de rechercher les causes qui ont pu produire cette anomalie. Si cet ulcère s'était fait lentement, il est certain que l'inflammation péritonéale aurait produit un épaississement du péritoine, qui aurait empêché la libre communication de l'estomac et de la cavité séreuse de l'abdomen. D'autre part, si cet ulcère s'était produit quelques jours avant sa mort, il y aurait eu une péritonite intense. Aussi croyons-nous que la lésion de l'estomac s'est faite assez rapidement dans les derniers jours de la vie, alors que le malade, presque agonisant, n'avait plus la vitalité nécessaire pour que son péritoine pût réagir comme cela a lieu d'habitude. Cependant, la présence de l'ascite et le développement du réseau vasculaire sur certains points de l'intestin grêle montrent bien que la réaction péritonéale a commencé à se faire, mais elle n'a pu être intense.

parce qu'elle n'en a pas eu le temps et que le peu de vitalité du malade ne l'a pas permis. Il est probable que la tunique musculaire a été sphacélée d'une seule masse et que le sphacèle ne s'est détaché qu'à la fin de la vie.

C'est cette hypothèse qui, seule, peut nous expliquer d'une part, le peu d'intensité de la réaction péritonéale et l'absence de matières alimentaires dans le liquide ascitique, ces deux points nous paraissent de premier intérêt; il nous en reste un troisième à élucider, dont l'importance est moindre, mais que nous ne pouvons pas ne pas étudier.

3° Il s'agit de savoir quelle est l'origine de cette endocardite végétante avec ulcération. Nous avons vu un peu plus haut que notre malade était un vieux rhumatisant, mais lorsqu'il entra à l'hôpital, il n'avait aucune attaque rhumatismale, il avait des palpitations depuis deux ans et son cœur avait été pris dans une première attaque rhumatismale. Mais quelle a été la cause de ces lésions récentes, de cette végétation mollasse et de cette ulcération d'un pilier de la mitrale ? C'est là le point délicat. Pour nous, il est probable que cet homme surmené, un peu emphysémateux ayant pris une bronchite, le cœur a eu à surmonter des obstacles vasculaires intenses du côté des bronches et du poumon. Or, voici ce qui s'est passé probablement. Cette végétation que nous avons vue flotter au milieu des piliers de la valvule mitrale, n'était peut-être qu'une bride plastique s'attachant au niveau du bord intérieur du pilier antérieur. Sous l'influence des efforts exagérés de la contraction cardiaque, elle a rompu ses attaches inférieures, d'où l'ulcération du pilier antérieur; quelques débris s'en sont détachés et ont formé les embolies multiples que nous venons de décrire. Cette végétation qui nous paraît mollasse a dû être dure primitivement, mais sous l'influence du choc sanguin, elle est entrée en régression granulo-graisseuse, d'où l'aspect mollasse qu'elle offre aujourd'hui. Ce fait nous pousse donc à rejeter l'existence actuelle d'une endocardite végétante et ulcéreuse et à conclure que ce sont des accidents produits au milieu des lésions d'une ancienne endocardite qui nous donne la clef de ce qui s'est produit. De cette longue discussion, nous conclurons : 1° que le malade dont nous présentons les pièces a un ulcère de l'estomac produit par une embolie des vaisseaux de cet organe ; 2° le peu d'intensité des lésions péritonéales s'explique par la période ultime où sont survenus ces accidents; 3° que les embolies trouvées à l'autopsie sont dues à la rupture d'une bride d'un pilier de la valvule mitrale, bride produite par une vieille endocardite.

13. Anévrysme sacciforme de l'aorte ascendante. — Compression de l'oreillette droite. — Anasarque; par M. Paul Raymond, interne des hôpitaux.

Le nommé J. C.,..., âgé de 48 ans, garçon de magasin, entre à l'Hôtel-Dieu, le 31 janvier 1885, dans le service de M. Moutard-Martin suppléé par M. Oulmont. Ce malade, qui n'est ni syphilitique, ni rhumatisant, a eu les fièvres intermittentes à 17 ans et une fièvre typhoïde à 23 ans.

Il raconte qu'il y a quatre ans il avait par moment de l'oppression après les repas, ou bien lorsqu'il montait un escalier ou faisait des efforts un peu violents. Il y a un an, à la suite d'un grand chagrin, il s'est mis à boire. Depuis 15 jours, il tousse, il est oppressé : les jambes ont commencé à enfler depuis un mois. Quelques rares accès de palpitation.

A son entrée, on constate un œdème des membres inférieurs et du scrotum, des mains et des poignets, il n'envahit ni les avant-bras ni la face Il y a un peu d'ascite. Aux poumons, congestion aux deux bases. Inspiration humée : expiration prolongée en avant comme en arrière aux sommets. Sonorité normale des deux côtés. En somme, emphysème pulmonaire peu prononcé ; râles sibilants et ronflants disséminés. A l'examen du cœur, on ne constate rien d'anormal à l'inspection : à la palpation, on perçoit difficilement le choc de pointe : à la percussion, augmentation de région préaortique qui mesure de 7 à 8 centimètres ; un peu d'hypertrophie du ventricule gauche. A droite du sternum, dans les 3e, 4e et 5e espaces, on trouve que la matité s'étend à trois centimètres du bord droit de l'os. A l'auscultation, souffle systolique à l'orifice aortique et deuxième souffle systolique ayant son maximum au troisième espace intercostal gauche et se dirigeant à droite vers l'appendice xiphoïde; ce souffle est rude, prolongé et s'entend encore au-dessous du mamelon droit. Le souffle de l'aorte se propage dans les vaisseaux du cou. Aucun bruit anormal au foyer pulmonaire. Le pouls est petit, mais régulier. Il n'y a pas de pouls veineux, mais les jugulaires ne se vident pas lorsqu'on les comprime et présentent au-dessous du doigt une dilatation assez marquée. Le foie est gros, déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Urines albumineuses, 600 grammes; cette quantité remontera les jours suivants pour varier de 800 à 1800 grammes.

Le 9 *février*, apparition pour la première fois de quelques crachats sanglants. Aucune sorte de névralgie ; pas de troubles de voix, pas d'angine de poitrine; aucune trace de dysphagie ; les digestions se font à peu près normalement ; l'état général reste stationnaire pendant le mois de février. Au mois de mars, l'œdème augmente ainsi que l'ascite ; cyanose de la face, des mains et des pieds. Le grand développement de l'abdomen beaucoup plus que les râles de congestion que l'on trouve disséminés dans la poitrine entrave la respiration du malade. Cette dyspnée apparaît lorsque le malade fait un mouvement, essaie de se lever, mais jamais elle n'est survenue sous forme de paroxysmes périodiques. Dans les derniers jours du mois on voit à la jambe droite une teinte rougeâtre, érythémateuse qui gagne la cuisse. Bientôt apparaissent des ulcérations de la peau qui se recouvrent d'une couche pseudomembraneuse en même temps qu'une grande quantité de la graisse s'écoule par le membre distendu outre mesure par l'œdème. L'anasarque a acquis un développement tel qu'il est impossible au malade de se retourner dans son lit.

Le 7 *avril* apparaît un érysipèle de la face qui reste pendant deux jours limité au nez, puis s'étend et finit par emporter le malade le 13 avril.

Autopsie. Plusieurs litres de liquide d'ascite s'échappent à l'ouverture de l'abdomen. Le foie pèse 1850 grammes et offre tous les caractères du foie muscade. Au microscope, outre les lésions de congestion, on trouve autour des veines-portes des zones conjonctives assez développées. Les reins sont fortement congestionnés. Les poumons ne présentent aucune trace de tubercules. Aux sommets et aux bords antérieurs, lésions très nettes d'emphysème. Aux bases, congestion et œdème hyposthénique. Cœur : rien d'anormal au péricarde; le ventricule gauche semble légèrement hypertrophié ; l'orifice mitral est normal, sa circonférence est de 10 centimètres, les valves sont saines Le ventricule droit est dilaté et aminci : l'orifice tricuspide dilaté mesure 135 mm. L'orifice aortique est également dilaté ; il mesure 7 centimètres. On trouve sur les sigmoïdes des nodules d'athérôme. Au-dessus de l'orifice, à 2 centimètres environ du bord libre des sigmoïdes, commence, sur la partie latérale droite de la portion ascendante de la crosse, un anévrysme sacciforme du volume d'une mandarine; cet anévrysme, couché sur l'auricule et l'oreillette droite qu'il comprime, a refoulé la base du ventricule droit et s'est formé en cet endroit une sorte de lit au niveau duquel la paroi musculaire est surchargée de tissu graisseux.

La paroi de l'anévrysme est très amincie ; sa cavité est remplie de caillots cruoriques au centre, fibrineux à la périphérie. Ceux-ci sont stratifiés et l'on peut facilement compter 7 ou 8 de ces stratifications. Une paroi très mince sépare l'anévrysme de l'artère pulmonaire qui est dilatée. La tunique interne de l'aorte présente une quantité considérable de plaques d'athérôme. Le vaisseau est rempli par des caillots sanguins et sa lumière devait être très rétrécie. Les veines caves sont extrêmement dilatées.

Réflexions. — Nous noterons dans cette observation : 1° l'absence de tout signe présomptif, de tout signe physique: 2° l'existence seule d'un symptôme de compression : l'ana-

sarque généralisée. Par le fait même du siège de l'anévrysme sur la portion ascendante de la crosse de l'aorte, on pouvait s'attendre à ne trouver aucun signe fonctionnel : c'est la règle en pareil cas et cette observation ne fait que la confirmer. Les seuls signes physiques constatés : augmentation de la région préaortique et souffle systolique à la base, indices en réalité d'une dilatation anévrysmale, pouvaient être aussi bien des signes d'artérite simple.

C'est donc dans le seul signe que traduisit l'anévrysme que se trouve l'intérêt principal de cette observation. Ici c'était de l'anasarque, de même que dans d'autres cas, c'est un signe fonctionnel, une névralgie par exemple. Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Jaccoud, ces faits de compression de l'oreillette, équivalant à la compression de deux veines caves, sont exceptionnels. De telles ectasies comptent alors parmi ces cas se traduisant tantôt par un seul signe, tantôt même par des symptômes disparates et qui rendent parfois si obscur le diagnostic d'un anévrysme de l'aorte.

14 Observation d'ostéo-myélite chronique d'emblée de l'adolescence; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Na...., Octave, âgé de 29 ans, journalier, entré le 23 mars 1885, salle Michon, n° 12, à l'hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Verneuil).

Père et mère vivants, bien portants. Ont été 12 enfants : 4 morts en bas âge, 8 survivants, bien portants. Lui-même n'a jamais présenté de strume; semble un peu malingre, mais n'a jamais été plus gras qu'il ne l'est maintenant.

A commencé à être malade à l'âge de 13 ans. A cette époque est survenu un gonflement progressif de la hanche et de la cuisse, l'os était gros, paraît-il. A ce moment, le malade a eu quelques douleurs, nocturnes surtout, mais il n'a pas eu de fièvre; il travaillait déjà à un métier peu pénible, il est vrai (aux mèches et veilleuses), et il n'a dû se reposer que pendant deux ou trois jours. Tous les accidents n'ont été précédés ou accompagnés d'aucune maladie aiguë.

Depuis cette époque, la hanche est toujours restée raide. La marche s'est toujours faite avec claudication. L'affection a eu une évolution lente jusqu'à l'année dernière. Jusque-là, aucun abcès ne s'était formé; mais il y a environ un an, il est survenu une poussée de douleurs, et à la fin du mois de mars 1884, un abcès s'est ouvert à la partie postéro-externe de la cuisse, à peu près à mi-hauteur. Cet abcès se serait formé et ouvert en une huitaine de jours, sans fièvre, sans forcer le malade à suspendre son travail. Environ trois semaines après, un second abcès, survenu de la même manière, a été incisé à la partie postérieure du grand trochanter. Depuis cette époque, les douleurs sont devenues plus fréquentes et plus vives, la gêne de la marche s'est aggravée; le gonflement s'est accusé de plus en plus, et finalement le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Actuellement. Le membre inférieur droit présente une attitude vicieuse des plus nettes qui, au premier abord, peut en imposer pour une coxalgie. Le malade, reposant sur le lit, le membre semble allongé, mais à la mensuration il est raccourci de 3 cent. (mesure prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne). L'épine antéro-supérieure est abaissée et portée en avant. Il y a une ensellure lombaire considérable. Quand on corrige ces déviations, on voit que le membre est dans la flexion avec abduction et rotation en dehors. La limite des mouvements que l'on peut communiquer à l'articulation est rapidement atteinte. La palpation du fémur montre que l'extrémité supérieure de la diaphyse est notablement hypertrophiée et surtout que le grand trochanter est à peu près triplé de volume. Il existe à la cuisse deux fistules, aux points où se sont ouverts les deux abcès précédemment décrits. Ces fistules ne sont pas fongueuses. Entre elles, il y a un décollement étendu. De plus en avant de la cuisse, vers le tiers moyen de la hanche, il y a un point rouge, dépressible, un peu douloureux à la pression. Aucun engorgement dans le pli de l'aine.

Le 30 mars, après chloroformisation, les trajets sont explorés. Ils conduisent sur le grand trochanter dénudé. En outre, le stylet s'engage dans un clapier qui aboutit, en avant de la cuisse, au point dépressible précédemment signalé. Ces trajets sont largement débridés au thermocautère et sont drainés. La première incision verticale, faite en arrière et en dehors du grand trochanter, a immédiatement conduit sur un séquestre absolument mobile, long de 5 centimètres sur 2 de large et 1 d'épaisseur. Ses bords sont irréguliers; sa face externe est compacte; sa face interne, concave, est poreuse. Après extraction de ce séquestre, le grand trochanter a été évidé à la gouge. Nulle part, dans le trajet fistuleux ou dans la cavité séquestrale, il n'y avait trace d'une membrane comparable à celle des abcès froids.

Réflexions. — L'étude clinique de ce malade avait conduit M. Verneuil à porter le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, simulant une coxalgie. L'opération et l'extraction du séquestre sont venues confirmer ce diagnostic.

Ces pseudo coxalgies ne sont pas rares, et l'année dernière, lorsque j'étais l'interne de M. Lannelongue, j'ai observé un cas tout à fait comparable au précédent sous ce rapport. Il s'agissait d'un enfant qui, au cours d'une ostéomyélite des plus graves du tibia, avait été pris de douleur et de gonflement à la hanche droite. Cette ostéomyélite secondaire n'a pas suppuré, mais l'extrémité supérieure du fémur s'est hyperostosée, tandis qu'il se produisait une attitude vicieuse identique à celle qui existe dans notre observation actuelle.

Mais le point sur lequel je désire surtout insister est l'évolution constamment chronique de la maladie. M. Trélat vient de faire au congrès de chirurgie une communication sur ces formes lentes, jusqu'ici peu décrites, de l'ostéomyélite. Il y a là un type bien distinct de l'ostéomyélite aiguë, rapidement suppurée, aujourd'hui bien connue. Il y a d'ailleurs tous les intermédiaires entre les formes suraiguës et celles où la chronicité est parfaite. Ainsi, j'ai pu observer à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Lannelongue, un enfant chez lequel un abcès sous-périostique volumineux se forma dans la cuisse droite, sans que la température ait dépassé 38°,5. Chez un autre, l'extrémité inférieure du fémur droit tripla progressivement de volume, à peu près sans fièvre; il y avait seulement une douleur vive à la pression, ayant son maximum au niveau du cartilage de conjugaison, et avec cela quelques douleurs spontanées, nocturnes surtout. Pendant plusieurs mois, cet enfant est resté dans le service sans présenter de suppuration; mais il est bien probable qu'un jour ou l'autre il se formera un abcès et un séquestre. Enfin, en 18[illegible], dans le service de M. Guyon, j'ai eu sous les yeux un homme de [illegible]8 ans, chez lequel les accidents avaient débuté à l'âge de 11 ans. A cette époque, il y avait eu de vives douleurs à l'extrémité supérieure du tibia, et peu à peu une hyperostose fusiforme s'était produite. Jusqu'à l'âge de 17 ans, il y avait eu des crises douloureuses durant de un mois à un mois et demi, et revenant à peu près [illegible] par an. Pendant ces crises douloureuses, l'[illegible] augmentait. Puis, pendant quatre ans, l'[illegible] absolue. En 1876 une nouvelle poussée, très [illegible] et dura trois mois. Jusqu'en 188[illegible], [illegible] fait jour à l'extérieur. Quand le malade arriva à l'hôpital Necker, il présentait une hyperostose de l'extrémité supérieure du tibia, avec un point douloureux, à la pression, un peu au-dessous de la tubérosité [illegible] : il y avait un peu d'œdème à ce niveau. M. Guyon pratiqua la trépanation et tomba sur un abcès ne contenant d'ailleurs aucun séquestre.

15. M. Broca montre un poumon, [illegible] de cavernes gangréneuses. Le malade avait du [illegible] la langue pour un épithelioma.

16. M. Berbez présente une tumeur appendue à l'ut-

rus et comprimant les uretères; les reins sont atteints de néphrite.

17. M. GANGOLPHE (de Lyon) est nommé membre correspondant.

18. M. DUBREUILH présente une atrophie de la troisième frontale gauche chez un bègue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. le Dr Marty : *Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les lésions tuberculeuses locales et de son influence sur la marche des lésions viscérales.* L'auteur conclut qu'il est le plus souvent très difficile de poser des règles absolues à cet égard. C'est aussi l'avis du rapporteur.

M. DESPRÉS, qui ne croit pas que toutes les tumeurs blanches soient tuberculeuses, incline à ne pas intervenir activement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense avec Ollier que la tuberculose pulmonaire n'est pas une contre-indication à l'intervention et qu'il y a grand avantage à enlever les foyers locaux. M. Lucas-Championnière est d'avis que lorsqu'on intervient il faut le faire largement et enlever tout ce qui paraît malade; il ne croit pas qu'une opération radicale expose le malade à plus de chances de généralisation pulmonaire ou méningée qu'une opération partielle. Cependant M. Lucas-Championnière pose comme condition expresse de ces interventions qu'elles ne doivent point donner lieu à de la suppuration ; il n'admet donc les résections que lorsqu'elles enlèvent toutes les parties malades et ne doivent pas être suivies de suppuration ; lorsqu'au cours d'une résection il voit qu'il lui sera difficile ou impossible de réaliser ces conditions, il préfère l'amputation. En résumé, M. Lucas-Championnière est grand partisan de l'intervention chez les tuberculeux; et la lecture du traité de M. Ollier l'a fort encouragé dans cette voie.

M. VERNEUIL considère qu'il y a pour la tuberculose comme pour le cancer, des opérations *de charité* destinées à soulager ou à consoler le patient: et il pense que dans ces cas l'intervention doit être radicale. Mais il est aussi un grand nombre de lésions tuberculeuses qui sont bien tolérées et peuvent guérir par les moyens ordinaires en dehors de l'intervention opératoire. M. Verneuil croit que les résections, et particulièrement la résection coxo-fémorale, exposent plus à la généralisation que les opérations radicales, comme l'amputation.

M BERGER cite plusieurs cas de sa pratique dans lesquels l'intervention chirurgicale détermina une amélioration de l'état général ; il pense avec M. Lucas-Championnière, qu'il faut s'attacher à éviter la suppuration et pour cela aller aussi loin que possible au delà du mal ; mais c'est aussi pour la même raison qu'il incline à préférer l'amputation à la résection.

M. RECLUS ayant fait un Lisfranc pour une lésion tuberculeuse des orteils obtint une réunion par première intention. Mais au bout de quelque temps des bourgeons vinrent rouvrir la cicatrice et la tuberculose parut envahir le reste du pied, si bien que l'on agita la question d'une amputation de jambe. Cependant ces lésions tuberculeuses s'amendèrent et disparurent spontanément, si bien qu'actuellement le moignon est des plus beaux et des meilleurs.

M. POZZI croit qu'il faut surtout se préoccuper dans ces interventions des lésions osseuses, qui doivent être enlevées en totalité, mais qu'on peut être plus économe dans les parties molles en se contentant de les préparer à la réunion par un grattage consciencieux, véritable mise à neuf.

M. RICHELOT cite un cas d'intervention incomplète pour lésions ganglionnaires tuberculeuses du cou ; l'opération fut incomplète et malgré cela le résultat fut excellent.

M. POLAILLON rappelle un cas analogue : une résection incomplète du poignet chez un tuberculeux, donna les meilleurs résultats.

M. LE FORT est, et depuis longtemps, grand partisan des résections chez les tuberculeux ; cependant il ne croit pas que la suppuration, si elle est franche, ait l'influence néfaste que lui donne M. Lucas-Championnière ; on pourra lire dans les mémoires du professeur, sur les résections, de nombreux exemples où une suppuration abondante n'empêcha pas les opérés d'engraisser et de guérir. M. Le Fort a pu suivre pendant de longues années des *réséqués* de la hanche et du genou, et il croit que M. Verneuil a notablement noirci le tableau statistique des résections de la hanche. Cependant il réserve les résections pour les cas où les lésions viscérales ou locales ne sont pas encore très avancées.

M. TRÉLAT rappelle le principe absolu de toute intervention chez les tuberculeux : *il faut enlever la totalité du mal.* Mais il est des foyers tuberculeux à évolution latente, dont aucun symptôme ne décèle la présence ; d'où certains déboires qui peuvent suivre une opération que l'on croyait complète. M. Trélat rappelle que depuis longtemps déjà les chirurgiens ont enregistré nombre d'améliorations de lésions pulmonaires, après intervention chirurgicale, pour des tumeurs blanches qui n'étaient pas alors considérées comme lésions tuberculeuses.

M. TERRIER rapporte une observation de *kyste hydatique* de la face inférieure *du foie*, traité par la laparotomie, suivie de suture des parois du kyste à la plaie. La tumeur qui présentait tous les symptômes d'un kyste de l'ovaire était volumineuse et adhérente sur toute la périphérie. Après l'opération on observa un écoulement de bile par la plaie fistuleuse, une odeur fécaloide très prononcée et due à la putréfaction de la bile. La malade fut complètement guérie au bout de deux mois. M. Terrier pense que des kystes semblables ne sont point justiciables des anciens procédés.

M. RECLUS cite un cas de kyste hydatique du foie contenant neuf litres de liquide; la tumeur, située dans l'épaisseur du foie, n'était point adhérente. M. Reclus dut inciser une épaisseur de trois centimètres de foie pour arriver sur la poche. Il sutura les lèvres de la plaie hépatique à la paroi abdominale et plaça un drain qui s'enfonçait à une profondeur de 33 centimètres ; la poche donna lieu à un écoulement extrêmement fétide ; puis elle a diminué peu à peu d'étendue, si bien qu'aujourd'hui, un mois après l'intervention, elle admet à peine un tube de cinq centimètres de long.

M. POZZI présente les pièces de deux hystérectomies vaginales; la première, faite pour une métrite hypertrophique et hémorrhagique fut suivi de mort ; la deuxième, pratiquée sur une jeune femme atteinte d'épithélioma du col fut suivie de guérison.

M. PONCET (Val-de-Grâce), présente une observation et des préparations microscopiques relatives à un cas de mort par carie et périostite dentaire. Le malade, homme de 46 ans, sous-officier à la garde républicaine, fatigué et alcoolique, était entré à l'hôpital 10 jours après le début de l'affection. Il portait à l'angle de la mâchoire une fluxion dentaire non fluctuante et présentait déjà à son entrée tous les signes d'un empoisonnement putride. Le lendemain, il survint aux deux avant-bras une œdème mou, étendu sur toute la face externe, et surmonté à droite de vésicules larges, remplies de sérosité citrine.

Le malade mourut 48 heures après. L'autopsie démontra la présence de petits abcès lenticulaires sous le maxillaire droit et le long du sterno-mastoïdien dans la moitié supérieure. L'œdème des avant-bras était sus-aponévrotique et purulent dans les loges graisseuses cellulaires. — La rate était ramollie, en bouillie. Le foie légèrement sclérosé et graisseux. — Le cœur contenait de gros caillots dans le ventricule droit. Rien dans la description des empoisonnements purulents ou putrides ne se rapporte à ces œdèmes séreux des avant bras : ce ne sont ni des abcès métastatiques, ni des érysipèles, ni des œdèmes malins, puisqu'il n'existait pas d'induration. Ces foyers métastatiques œdémateux contenaient des microbes en quantité; ils étaient absolument constitués par des micrococci fourmillant au milieu des globules blancs, ainsi que les préparations histologiques l'ont démontré.

M. Poncet, dans les caillots du cœur, a retrouvé ces mêmes microbes, répandus en véritables colonies. Le caillot s'étant formé avant la mort, les microbes avaient eu le temps de s'y développer en cultures, dépassant en surface 1/10e de millimètre. Sur une coupe d'un centimètre carré, il en existait plus

d'une trentaine. Ils offraient alors la forme de Leptothrix, et les colonies au milieu de la fibrine étaient constituées par l'enchevêtrement de ces longues traînées de microcoques.

En somme, ce malade a succombé à l'infection putride microbienne, partie d'une carie dentaire. Les œdèmes non décrits dans les traités classiques sont d'un pronostic grave et doivent prendre place à côté des abcès métastatiques de la résorption purulente. Ils sont constitués par des amas de microcoques qui se trouvent à un état plus avancé de développement dans les caillots du cœur.

Paul Poirier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement de la phtisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine, par le Dr Ernest Brémond fils et le Dr Gouel, 1886. G. Masson, édit.

II. Traitement médical de la diphtérie, par le Dr René Couëroux. 1885. Oct. Doin, édit.

III. Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie, par le Dr H. Huchard. 1885. Oct. Doin.

IV. Leçons sur le venin des serpents au Brésil, par le professeur Dr J.-B. de Lacerta. 1884. Oct. Doin.

V. Les nouvelles médications, par le Dr Dujardin-Beaumetz. 1886. Oct. Doin.

I. Ce travail repose sur neuf observations de phtisiques chez lesquels on a fait pénétrer l'huile essentielle de térébenthine, à l'aide d'appareils spéciaux, à travers l'enveloppe cutanée, dans l'organisme. Chez 7 d'entre eux on avait constaté la présence du bacille tuberculeux. D'après MM. Brémond et Gouel, ce mode de traitement aurait déterminé une amélioration des signes physiques en même temps qu'une augmentation de poids et un relèvement de l'état général.

II. La méthode de traitement de la diphtérie employée par le Dr Couëtoux est empruntée à la médication préconisée par le Dr Delthil. Mais le premier de ces médecins ne se sert que de la térébenthine qu'il emploie sous forme de fumigations, de vaporisations ou d'inhalations. Les fumigations sont obtenues en faisant brûler l'essence dans une cuillère en fer, au milieu de l'appartement et, pour éviter tout danger d'incendie, au-dessus d'un vase quelconque inattaquable à la flamme. On renouvelle cette opération à mesure que l'odeur forte de térébenthine commence à disparaître ; il faut en moyenne recommencer toutes les demi-heures. Les vaporisations sont obtenues à l'aide d'un récipient quelconque que l'on place au-dessus d'une lampe à alcool munie d'un trépied. Enfin les inhalations consistent à entretenir un mouchoir de poche constamment mouillé d'essence de térébenthine que le malade ne cesse de respirer. Comme on le voit, l'ensemble de ce traitement est économique et fort simple. Quant à la statistique du Dr Couëtoux, elle reposerait sur 15 cas de guérison d'angines couenneuses ou de croups plus ou moins graves.

III. M. Huchard fait tout d'abord une division capitale entre les *pseudo-angines* des névropathes, des arthritiques, des gastriques, etc., qui s'observent à tous les âges, et qui, plus bruyantes que dangereuses, se terminent le plus souvent par la guérison spontanée ou au moyen de médications différentes visant les causes nombreuses qui en provoquent les accès, — et l'*angine vraie* qui survient à un âge plus avancé, à l'âge des affections artério-scléreuses, et qui, abandonnée à elle-même, se termine presque toujours par la mort, mais qui, soumise à un traitement rationnel s'adressant à la lésion réelle de la maladie, peut et doit guérir d'une façon définitive.

Relativement à la pathogénie de l'angine vraie, M. Huchard se rallie à la théorie de l'artério-sclérose des artères coronaires qui peut coïncider ou non avec la névrite cardiaque : à cette *maladie artérielle* il faudra donc opposer une médication artérielle. Les accès d'angine n'étant autres que des accès d'ischémie cardiaque, on devra sévèrement bannir de la thérapeutique toute substance capable d'augmenter la vaso-constriction, comme l'ergot de seigle, ou d'élever la pression artérielle, comme la digitale.

Il faut au contraire avoir recours aux médicaments qui produisent la vaso-dilatation, la diminution de la pression vasculaire, l'augmentation de fréquence et d'énergie des contractions cardiaques. Or, tous ces résultats sont obtenus pour combattre l'accès par l'emploi d'inhalations de *nitrate d'amyle* à la dose de 4 à 10 gouttes. L'emploi de la morphine, et surtout celui de la trinitrine (nitro-glycérine) donneront également d'excellents résultats.

Mais, si les inhalations amyliques guérissent les accès d'angor, elles ne guérissent pas la maladie artérielle qui leur donne naissance (artérite, artério-sclérose, sclérose coronaire). Or, le traitement *réellement curatif* sera obtenu, d'après M. Huchard, à l'aide de l'iodure de potassium continué sans relâche : sur 25 observations personnelles, la guérison définitive a pu être amenée 15 fois, et 6 cas ont été améliorés d'une façon considérable. Mais une des conditions principales du succès c'est la persévérance, c'est la constance dans le traitement. Il faut soumettre pendant quinze à dix-huit mois au minimum le malade à la médication iodurée, à la dose quotidienne de 1 à 3 gr., quand bien même tout accident angineux aurait disparu depuis plusieurs mois ; d'après l'auteur la guérison définitive et durable ne pourrait être obtenue qu'après au moins trois ans de traitement. Aussi, par suite de la longue durée de traitement qui pourrait devenir toxique pour le cœur, il vaut mieux employer l'*iodure de sodium* (10 gr. pour 100, deux à six cuillerées à café par jour, à prendre dans du lait ou de la bière qui est plus inoffensif et plus assimilable. Il en est de même de l'*iodure de lithium* qui, pour la même quantité de sel, renferme plus d'iode que les iodures de potassium ou de sodium.

IV. Cet ouvrage sera lu avec fruit par ceux qui cultivent l'étude de l'Ophiologie. Au point de vue du nombre et de la variété des espèces venimeuses de serpents, le Brésil n'a rien à envier à l'Inde et peut, à bon droit, exercer tout l'intérêt des naturalistes. M. de Lacerda passe en revue, d'une façon détaillée, toutes ces espèces zoologiques, étudie avec soin l'appareil à venin des serpents, ainsi que la composition chimique et micrographique du venin : pour lui, ce liquide n'est autre chose qu'une salive excessivement toxique qui, pour le serpent, joue le rôle d'un suc digestif.

L'auteur montre ensuite les effets locaux et généraux produits par l'absorption du poison, et les lésions anatomo pathologiques, fort curieuses, n'ayant aucune similitude avec les lésions inflammatoires communes. L'action diffusible du venin sur le cerveau, le cœur, le poumon et les autres organes, est suivie pas à pas dans des expériences fort bien conduites, par un observateur consciencieux qui s'inspire de la rigueur scientifique de l'école physiologique française dont il cite souvent les noms.

De tous les médicaments préconisés contre les morsures des serpents venimeux, M. de Lacerda préfère le permanganate de potasse qui, suivant lui, a une action neutralisante réelle et absolument démontrée par de nombreux faits cliniques. Cet agent doit être injecté au point même de la blessure, en suivant autant que possible le trajet parcouru par le crochet du serpent dans les tissus. Les injections doivent être répétées jusqu'à l'atténuation évidente des symptômes.

Ce livre, très instructif, dont nous avons à peine esquissé le plan, est écrit dans un style clair et précis, par un auteur qui possède à fond toutes les finesses de notre langue. De nombreuses figures en couleur en facilitent également l'interprétation.

V. Ce volume, de près de 200 pages, est formé par l'ensemble des conférences de thérapeutique faites par M. Dujardin-Beaumetz à l'hôpital Cochin pendant l'année scolaire 1884-1885 ; il peut être considéré comme un complément utile aux *Leçons de clinique thérapeutique* du même auteur, car il enregistre tous les progrès faits dans cette voie depuis ces dernières années. Les médications nouvelles adaptées aux différents organes y sont successivement passées en revue, avec toutes les digressions physiologi

ques et cliniques nécessaires pour en faire bien comprendre la valeur et les résultats pratiques.

Après avoir consacré une première conférence aux grandes découvertes de la thérapeutique depuis cinquante ans, M. Dujardin-Beaumetz étudie et compare les médicaments du cœur : convallaria, caféine, kola. erytrophine, nitrite d'amyle, trinitrine, et signale les différentes indications thérapeutiques qu'ils comportent.

Les nouvelles médications stomacales comprennent la gastrotomie, le lavage de l'estomac, le siphon stomacal, qui permettent d'irriguer l'organe à l'aide de différentes solutions variant suivant les indications (lait de bismuth, eau chloroformée, eau sulfo-carbonée, etc.), le gavage à l'aide des poudres de viande.

La quatrième conférence est consacrée à une étude sur les applications de l'électricité au tube gastro-intestinal ; sur les lavements alimentaires, l'anesthésie rectale et l'action de l'hamamelis virginica dans les hémorrhoïdes et les congestions passives.

La médication intestinale antiseptique fait l'objet d'un cinquième chapitre et permet à l'auteur d'étudier avec détails les fermentations et le rôle des micro-organismes intestinaux, les alcaloïdes de la putréfaction, la stercorémie et, par suite, la thérapeutique que l'on doit opposer à ces divers phénomènes : cascara sagrada. lavements antiseptiques au charbon, à l'iodoforme, à l'eau sulfo-carbonée, etc...

Puis viennent des considérations toujours intéressantes sur la médication antiseptique en général et une classification raisonnée des médicaments antiseptiques, ainsi qu'une exposition des lois de l'aseptie basée sur la chimie atomique.

Dans les médications pulmonaires nous relèverons les bains d'air. l'euphorbia pilulifera, la gymnastique respiratoire, la terpine et le terpinol ; le traitement antiparasitaire de la tuberculose, consistant en inhalations antiseptiques (camphre, goudron. acide fluorhydrique, iodoforme, etc.), en pulvérisations aseptiques (biiodure de mercure, 0,50 c. pour 1000), en injections parenchymateuses de sublimé en solution. Dans la conférence suivante, l'auteur étudie la pleurotomie, qui peut être pratiquée sans douleur grâce à l'emploi local de la cocaïne, et trace les règles de l'antiseptie dans cette opération.

Les dixième, onzième et douzième conférences sont consacrées aux médicaments antithermiques et aux théories sur la fièvre, l'hyperthermie, les combustions organiques. M. Dujardin-Beaumetz passe en revue les bains froids. le tartre stibié, les émissions sanguines, la quinine la digitale. l'acide salicylique, l'acide phénique, la résorcine, la kairine, la thalline, l'antipyrine et les indications de ces divers agents dans les maladies fébriles.

Les nouveaux médicaments hypnotiques prêtent à des développements assez longs sur le chloral et la paraldéhyde.

Enfin les deux derniers chapitres sont remplis par les nouveaux analgésiques : napelline, gelsémine, piscidia erythrina, injections de chloroforme. chlorure de méthyle, — et par les anesthésiques locaux, sulfure de carbone, acide carbonique, cocaïne, hypnone.

Comme on a pu s'en rendre compte à l'exposé rapide du plan de l'ouvrage, il est difficile d'en faire une analyse complète. Les faits y abondent, pleins d'instruction, et leur conception y est facilitée par la forme claire et aisée dans laquelle est écrite l'œuvre tout entière. F. BOTTEY.

CORRESPONDANCE

Vienne, 6 février 1886.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans une des dernières séances de la Société médicale impériale-royale de Vienne, le professeur KUNDRAT a appelé l'attention sur quelques particularités des affections rénales. L'étiologie de certaines dilatations du bassinet et des calices, de certaines hydronéphroses [illegible] à des anomalies artérielles n'a pas été assez mise en évidence c'est ainsi qu'un des deux reins est parfois irrigué par deux ou plusieurs artères dont l'une pénètre au niveau du hile dans sa partie inférieure en croisant l'uretère à son origine. Mais les anomalies des artères rénales ne peuvent pas être seules incriminées dans la production des hydronéphroses. L'uretère est en effet suffisamment garanti de toute compression de cette nature par son enveloppe cellulo-adipeuse, et ce n'est qu'à un âge avancé, lorsque le bassinet et l'uretère ont été dilatés par rétention que la situation anormale des artères joue un rôle pathogénique. Qu'une artère croise la paroi antérieure ou postérieure de l'uretère à son origine, il s'ensuit nécessairement dans ces conditions une dilatation en amont du bassinet par compression, une hydronéphrose, étant donnée une sécrétion urinaire normale. M. Kundrat cite à l'appui de son opinion le cas d'un vieillard atteint d'hydronéphrose ; chaque rein possédait trois artères rénales ; à droite l'artère la plus inférieure croisait postérieurement l'uretère à son origine, tandis qu'à gauche, la même artère inférieure le croisait à sa partie antérieure. A droite l'hydronéphrose était moins marquée qu'à gauche. M. Kundrat fait remarquer que l'hydronéphrose est ordinairement plus considérable quand l'uretère est croisé à sa partie antérieure.

M. Kundrat a ensuite présenté une tumeur kystique siégeant dans le bassinet du rein gauche, d'une longueur de 15 centimètres sur 8 à 9 centimètres de largeur ; cette tumeur par rétention se prolongeait dans l'uretère considérablement dilaté ; il existait une communication entre le bassinet et le kyste. M. Kundrat explique cette formation kystique par une division prématurée de l'uretère.

Dans la même séance, M. Kundrat a fait remarquer que les reins présentent dans l'ectopie rénale des altérations de forme, d'autant plus prononcées que le déplacement est plus étendu. Dans les cas d'ectopie rénale il est aussi à noter que les vaisseaux rénaux proviennent des vaisseaux les plus proches, par exemple des vaisseaux hypogastriques, ect. Il peut même arriver qu'un rein déplacé vers le côté opposé à son siège ordinaire possède des vaisseaux tirant leur origine des vaisseaux similaires de chaque côté. M. Kundrat parle ensuite des cas de fusion rénale (1), et en particulier du rein en fer à cheval pour lequel il propose le nom de double rein. M. Kundrat attribue cette anomalie au développement anormal primitif (anomalie directrice) de l'uretère.

M. Kolisko, assistant de M. Kundrat, a ensuite présenté à la Société une tumeur du cœur provenant d'un enfant de deux mois. Il s'agissait d'un myôme à fibres striées (de même nature que les fibres cardiaques) développé à l'origine des valvules pulmonaires (2).

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

Berlin, 6 février 1886.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous annoncer que le directeur de la section des malades internes de l'hôpital de la ville à Berlin, le Dr Kiess, a quitté son poste. A sa place a été nommé le Pr FÜRBRINGER (d'Iéna), né en 1850 à Delitzsch, province de Saxe. Il a fait de 1870-74 ses études à Iéna et Heidelberg ; dans cette ville, il suivit surtout les leçons du Pr Friedreich. Son examen passé, il fut assistant de clinique pendant quelques années, puis nommé professeur extraordinaire à Iéna. En 1879, il fut nommé

(1) Nous rappelons que MM. Bourneville et Bricon ont présenté en 1884 à la Société anatomique, un exemple de rein en fer à cheval : cette anomalie est loin d'être rare, et tout anatomo-pathologiste en a rencontré plusieurs exemples dans sa pratique. Quant aux anomalies des artères rénales elles sont des plus fréquentes. Nous croyons qu'il y a lieu de n'accepter que sous toutes réserves la théorie émise par M. Kundrat. Dans le cas de MM. Bourneville et Bricon il y avait eu hydronéphrose, anurie intermittente, mais la compression par les artères ne semble pas devoir être admise, la situation anormale des uretères paraît plutôt devoir être incriminée. Voir pour plus de détails *Progrès médical*, n° 10, p. 183, et *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*, etc., 1885, p. 127-146).

(2) On sait que MM. Virchow et Recklinghausen [illegible] semblables exemples de myomes cardiaques chez l[illegible]-nés.

dans cette ville à la direction des cliniques pédiatrique et dermatologique.

On vient de créer au Japon un « office sanitaire », sur le modèle de celui de l'empire allemand : il est dirigé par le Dr Mansanori-Ogata, professeur d'hygiène à Tokio : il a étudié pendant plusieurs années à Munich, Leipzig et Berlin, et a travaillé surtout dans les laboratoires de Koch et Pettenkofer. Rentré au Japon, il y a introduit les nouvelles recherches bactériologiques, dans le but de découvrir les causes du béribéri, endémique au Japon. Les résultats obtenus sont consignés dans l' « *Aerztliche Intelligenzblatt* » de Munich.

L. Casper.

THÉRAPEUTIQUE

Du Salicylate de Lithine.

Le Salicylate de Lithine a été, dans ces derniers temps, l'objet d'études suivies et de communications importantes qui vont lui faire prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement de certaines formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont particulièrement atteints.*

Chez certains malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il arrive parfois, après qu'on a obtenu une grande et rapide amélioration, que les jointures restent douloureuses et que leur fonctionnement est encore gêné et plus ou moins pénible. Le Salicylate de Lithine peut alors intervenir utilement et faire disparaître en peu de jours les dernières traces du rhumatisme.

Dans le *rhumatisme articulaire subaigu progressif*, des malades atteints de cette forme tenace et redoutable de rhumatisme avaient été soumis, sans succès, aux médications les plus variées et les plus persévérantes ; le Salicylate de Lithine a déterminé chez eux, au bout de dix à quinze jours, une notable amélioration. On constatait une disparition presque complète des douleurs spontanées, une atténuation de celles que provoquait la palpation ou le mouvement communiqué, une diminution du volume des articulations tuméfiées, une mobilité plus grande de ces jointures, et, par suite de ces diverses modifications, une facilité plus grande du mouvement volontaire des parties atteintes.

Le *rhumatisme articulaire chronique primitif* lui-même, dans ses périodes avancées, alors qu'un nombre plus ou moins grand de jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, douloureuses encore, a paru n'être pas rebelle à l'action du Salicylate de Lithine.

Enfin, le Salicylate de Lithine, ainsi qu'il est dit plus haut, possède une efficacité incontestable dans le traitement des diverses formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont plus particulièrement atteints.*

Afin d'obtenir les résultats dont il vient d'être question, il est indispensable de pouvoir compter sur un médicament pur, bien défini et très exactement dosé. C'est pour atteindre ce but que le Dr Clin prépare une Solution contenant 1 gramme de Salicylate de Lithine par cuillerée à bouche et 25 centigrammes par cuillerée à café.

Cette Solution, toujours identique dans sa composition, permet d'administrer sûrement le *Salicylate de Lithine pur* et de varier les doses, suivant les indications qui se présentent.

D'après les observations recueillies jusqu'à présent, la dose quotidienne de Salicylate de Lithine paraît être de 3 à 4 gr. dans les vingt-quatre heures, soit 3 ou 4 cuillerées de solution ; mais comme il peut se rencontrer des personnes très sensibles à l'action de ce médicament, il sera bon, au début, de tâter la susceptibilité des malades et de commencer, soit par 2, soit par 3 grammes, et d'augmenter progressivement s'il y a lieu. Dans quelques cas, on peut même être obligé d'aller au delà de 4 grammes par vingt-quatre heures, lorsque, par exemple, sous l'influence de cette dernière dose, l'amélioration cesse de faire des progrès ; il suffit alors d'augmenter de 25 ou 50 centigrammes pour remettre en marche cette amélioration ; mais, aussitôt le mieux obtenu, on devra revenir à la dose primitive.

Les moments les plus favorables pour faire prendre la Solution de Salicylate de Lithine de Clin sont le milieu ou la fin du repas.

BIBLIOGRAPHIE

Sui casi leggeri od incompleti della malattia di Basedow. Nosa del dott. Domenico Miliotti. — Venise, 1885.

Nous ne ferons que résumer les conclusions de ce travail, qui s'appuie sur quatre observations personnelles, dont trois ont été prises à la Salpêtrière, dans le service du professeur Charcot.

1° Il y a des cas de maladie de Basedow dans lesquels les trois principaux symptômes sont effacés dans leur ensemble, ou dans lesquels un ou deux d'entre eux sont si peu accentués qu'on peut croire qu'ils manquent absolument. — 2° Le goître, que certains auteurs ont affirmé pouvoir manquer totalement, existe toujours, au moins à l'état de tuméfaction de la glande thyroïde, appréciable à la palpation. — 3° Quand l'exophtalmie fait défaut, il y a toujours du côté de l'œil certains symptômes : un éclat particulier, caractéristique de la cornée dû à l'augmentation de tension du bulbe oculaire, qui est réellement plus dur qu'à l'état normal ; une ouverture plus large des paupières permettant de découvrir en haut et en bas la sclérotique autour du cercle de l'iris : une diminution de la chambre antérieure. — 4° Cette ouverture plus large de la fente palpébrale est due à une parésie de l'orbiculaire des paupières, qui en empêche aussi l'occlusion complète, laquelle s'accompagne toujours d'une sorte de trémulation et ne donne pas lieu aux rides qui se produisent habituellement quand on ferme fortement les paupières. — 5° Ce dernier symptôme (l'absence des rides) prouve bien que c'est l'orbiculaire qui est atteint. — 6° On peut rencontrer aussi quelques signes de paralysie de la septième paire. — 7° L'expression de l'œil dans ces conditions est toujours singulière, étrange, épouvantée, mais jamais sauvage, ni féroce, comme on le dit. — 8° La fréquence des pulsations est le symptôme qui paraît le plus constant. — 9° Dans les cas peu accentués, le diagnostic peut et doit se faire par la présence des autres symptômes secondaires et accessoires. — 10° Dans ces cas, le tremblement spécial des mains, enregistré par des tracés graphiques, et distinct des autres espèces de tremblements (sauf l'émotif) est d'une grande importance pour le diagnostic. — 11° La théorie nerveuse est celle qui rend le mieux compte en général de la nature de la maladie. — 12° Outre les traitements s'adressant à chaque symptôme en particulier on devra toujours avoir re ours aux reconstituants généraux.

J. Séglas.

A malaria e suas diversas modalidades clinicas : par le Dr A. Martin Costa. 1 vol. in-8 de 400 pages, avec 51 figures et cartes. — Rio-de-Janeiro, 1885.

Le livre du professeur de Rio est une véritable monographie de la malaria au Brésil. L'auteur dans autant de chapitres passe en revue l'histoire, la géographie, l'étiologie et la pathogénie, l'anatomie pathologique et la classification des fièvres malariennes. La partie clinique et thérapeutique a reçu des développements considérables : les fièvres intermittentes, les fièvres rémittentes, les fièvres continues, les fièvres typho-malariennes, les fièvres larvées, pernicieuses, la cachexie et la dégénérescence palustre sont successivement traitées ; les descriptions sont accompagnées de nombreuses observations avec tracés de température, tracés sphygmographiques, etc.

M. Martin Costa a consacré son dernier chapitre à la prophylaxie. Il nous serait impossible de donner ici un résumé suffisant de ce nouveau traité de la malaria. Nous ajouterons seulement que les lecteurs tireront grand profit de la lecture de cette œuvre consciencieuse que devra toujours consulter toute personne s'occupant des maladies palustres.

La névrosthénie et la pathophobie; par M. KOWALEWSKY. (*Arch. de Neurologie*, F. VI, n° 3. Kharcow, 1885.)

Nous nous bornerons à mentionner quelques déductions qui dérivent de l'observation très intéressante de M. Kowalewsky. 1° La névrosthénie (l'excès de l'excitation nerveuse) peut servir comme base à des manifestations très variables de la dégénérescence. 2° La pathophobie (la peur pathologique) n'est qu'une manifestation de la névrosthénie. 3° Les maladies connues sous les noms de l'agoraphobie, claustrophobie, etc., ne sont que des variétés de la même espèce maladive, la pathophobie, et peuvent exister chez un même sujet tantôt simultanément, tantôt séparément. 4° Les idées imposées (Fribelsucht, Fragesucht, Zwangsvorstellungen) jouissent d'une certaine affinité avec la pathophobie et peuvent apparaître simultanément avec celle-ci sur un terrain névrosthénique.

J. ROUBINOVITSCH.

Sulle differenti forme di nefrite (*Sur les différentes formes de néphrites*; par le Dr LIBORIO GUIFFRÉ. — Palerme, 1885.)

Cette thèse inaugurale n'est pas un travail original; c'est une simple étude critique, de l'aveu même de l'auteur. Nous ne devons pas y chercher des faits nouveaux ni même des idées nouvelles. M. Guiffré s'est borné à lire et à analyser les livres classiques et les monographies publiées depuis Bright jusqu'à nos jours sur les maladies rénales. C'est une étude consciencieuse et faite avec ordre, les citations bibliographiques sont scrupuleuses et rapportées dans la langue même des auteurs. Ce procédé, le plus fidèle assurément, peut paraître médiocre aux lecteurs qui ne sont pas polyglottes. Nous ne le reprocherons pas à l'auteur.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Proposition de loi sur l'exercice de la médecine

Présentée par MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frebault, Lyonnais, Chavanne, Michon, Richard (Drôme), Bernard Lavergne, Vacher, députés.

TITRE PREMIER. — *Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine en France ni aux colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par une Faculté de l'État, et si, du jour de son élection de domicile, dans le délai d'un mois, il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

Art. 2. — Les officiers de santé, reçus conformément au titre 3 de la loi [illegible] an XI ou aux arrêtés et décrets subséquents, auront [illegible] le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle, ni à l'obtention d'un nouveau diplôme. Ils restent soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur dans les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

Art. 3. — Les officiers de santé pourront, s'ils comptent cinq années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'État pour obtenir le titre de docteur en médecine, après avoir subi avec [illegible] examens, présenté et soutenu une thèse.

Art. 4. — Nul ne peut exercer l'art [illegible] [illegible] droit [illegible] en vertu des articles 1 et 2 de la présente loi, [illegible] [illegible]

[illegible] et [illegible] d'un diplôme [illegible] la [illegible] [illegible] conditions [illegible].

Les [illegible] docteurs en médecine à l'étranger, ne pouvant [illegible] à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger; après avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'État, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques; présenté et soutenu une thèse, produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs. La dispense de scolarité ne leur est accordée par le Ministre compétent que sur la déclaration du Comité consultatif de l'Instruction publique de l'équivalence admise par lui des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint français. Ils paieront les frais des deux examens et la soutenance de la thèse.

Art. 6. — Pourront toutefois être autorisés, exceptionnellement, à exercer la médecine sur le territoire de la République, sans être tenus de subir des examens devant une Faculté de l'État: 1° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui auraient rendu de grands services à la science. Cette autorisation ne pourra être accordée, par le Ministre compétent, qu'après avis conforme de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'Instruction publique. A l'égard des étrangers cette autorisation sera toujours révocable. 2° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises. L'autorisation limitera l'exercice de la médecine à la station même; elle sera toujours révocable. 3° Les médecins étrangers ou Français fixés à l'étranger, dont la résidence ne sera pas à plus de vingt kilomètres de la frontière française, à la seule condition que les médecins, résidant en France, jouiront du même droit sur le territoire étranger dans les mêmes conditions. 4° Sont également autorisés à exercer la médecine, durant une épidémie, ou en cas de remplacement, les internes des hôpitaux nommés au concours, ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine munis de seize inscriptions. Cette autorisation ne pourra dépasser trois mois.

Art. 7. — L'étranger reçu docteur devant une Faculté de l'État exerce librement sur le territoire de la France et des colonies.

Art. 8. — Tout étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une Faculté de médecine de l'État ou dans une Faculté libre que sur l'autorisation du Ministre de l'Instruction publique. Cette autorisation n'est accordée qu'autant que le Comité consultatif de l'Instruction publique a déclaré l'équivalence des diplômes ou certificats produits, avec le diplôme de bachelier ès lettres, pour la prise de la première inscription avec celui de bachelier ès sciences restreint pour la prise de la cinquième. Le candidat qui se présente, a comme ayant déjà commencé ses études médicales à l'étranger, en outre des diplômes et certificats ci-dessus mentionnés, dont l'équivalence aura été reconnue devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales faites à l'étranger, obtenir du Comité consultatif de l'Instruction publique la déclaration d'équivalence de scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder. Il sera tenu de subir les examens correspondants à ce nombre avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

Art. 9. — Tout médecin, lorsqu'il en est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas d'[illegible] ou de flagrant délit. Dans toutes autres circonstances, il est libre de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé. Ce devoir est commun à quiconque exerce une des branches de la médecine. Le médecin qui a fourni son concours, en vertu des dispositions qui précèdent, agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération [illegible]. A cet effet les tarifs de 1811 seront révisés dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi.

Art. 10. — [illegible] des médecins et de quiconque exerce une [illegible] de la médecine pour leurs visites, consultations, opérations [illegible], quand la loi les autorise à en délivrer [illegible].

TITRE II. — *Conditions d'études.* — *Art. 11.* — La durée totale des études pour le doctorat en médecine est de quatre années, non compris le temps des épreuves à subir après la seizième inscription.

Art. 12. — Nul n'est admis à prendre la première inscription dans une Faculté, [illegible] École de plein exercice dans une École préparatoire ou dans une Faculté libre, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres. Pour prendre la cinquième inscription, [illegible] devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Art. 13. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour le [illegible], dans une Faculté ou une École de l'État, ou dans une Faculté libre, [illegible] à continuer leurs études d'après [illegible] [illegible] [illegible] au secrétariat de la Faculté et de l'École de médecine [illegible] appartiennent leur résolution de poursuivre leurs études [illegible]

du doctorat. Les diplomes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

Art. 14. — Les élèves visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il leur a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République. Le titre de docteur leur serait acquis de droit, sans qu'ils eussent à produire de diplômes ni à subir aucun examen, si, après quatre ans d'exercice de la médecine, ils présentaient et soutenaient avec succès une thèse.

TITRE III. — *Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités.* — *Art.* 15. — Exerce illégalement la médecine: 1° Toute personne qui sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'une autorisation spéciale, d'une commission ou d'un brevet spécial, ou qui, sans avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque qu'elle représente comme capable de guérir, ou de se livrer à des manœuvres ou opérations ayant le même but; 2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées ci-dessus, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi

Art. 16. — Le délit d'exercice illégal de la médecine ou de l'une de ses branches sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence des procureurs de la République. Les médecins intéressés peuvent se porter partie civile.

Art. 17 — Le délit d'exercice illegal par défaut d'enregistrement du titre sera puni d'une amende de 25 à 50 francs, et d'une amende double en cas de récidive. L'exercice illégal, sans usurpation de titre sera passible d'une amende de 100 à 500 francs. La récidive sera punie d'une amende de 500 à 1,000 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois

Art. 18. — Seront punis: 1° D'une amende de 500 à 1.000 francs ceux qui, à l'exercice illégal, auront ajouté l'usurpation du titre d'accoucheur ou de dentiste; 2° D'une amende de 1.000 à 2 000 francs l'usurpation du titre d'officier de santé; 3° D'une amende de 1.500 à 3.000 francs celle du titre de docteur. L'amende sera réduite de moitié si l'usurpation est le fait d'un officier de santé; d'un tiers si elle est le fait d'une personne exerçant soit la pratique des accouchements, soit l'art dentaire. La récidive, quelle qu'elle soit, entraînera pour tous les cas une amende double

Elle sera punie en outre: Pour le premier cas, d'un emprisonnement de six jours à un mois; pour le deuxième, d'un emprisonnement d'un mois à six mois; pour le troisième, d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'amende et l'emprisonnement seront réduits: De moitié, si la récidive est le fait d'un officier de santé; d'un tiers, si elle est le fait d'une personne munie d'un diplome d'accoucheur ou de dentiste.

M. Wickersheimer, dans un but qui ne s'aperçoit guère, a extrait de ce projet l'article 2, autorisant les *officiers de santé* à exercer la médecine, non plus dans *un* département, mais dans *tous* les départements, pour en faire l'objet d'une proposition de loi spéciale. Il désirait l'urgence et la nomination d'une Commission spéciale. La Chambre, et avec raison, a renvoyé cette proposition à la Commission chargée d'étudier le projet de loi qui précède. (Séance du 4 février.)

VARIA

Distribution des prix aux élèves des hôpitaux de Paris.— Remplacement de la médaille d'or par des bourses de voyage.

Voici le discours que M. DOLÉRIS devait prononcer au nom du Jury du concours des prix de l'Internat; le tumulte dont nous avons parlé (n° 5) ne le lui ayant pas permis, nous sommes heureux de le placer sous les yeux de nos lecteurs.

Messieurs,

J'ai mission d'adresser des félicitations aux candidats du concours des prix de l'internat La mission est facile et je m'en acquitte avec une sincère satisfaction. Ceux qui ont abordé la lutte avec le désintéressement que comporte la simple exécution d'une formalité, nécessaire pour l'avenir, je les remercie de leur déférence aux traditions. Beaucoup d'entre eux ont assez donné, sur d'autres théâtres et dans d'autres occasions, la mesure de leur valeur, pour avoir acquis des droits à l'abstention... momentanée du moins. Ils vont, dans les travaux de l'amphithéâtre et du laboratoire, poursuivre le but entrepris et préparer un succès plus durable; nos encouragements et nos vœux les accompagnent.

C'est surtout aux lauréats que sont dus les éloges. Votre constante persévérance, Messieurs, la longue et rude préparation des épreuves auxquelles nous venons d'assister, autant que votre victoire, vous y ont acquis un droit incontesté.

Permettez-moi, à ce propos, de faire, en peu de mots la philosophie de votre concours. Qu'exige-t-il de vous? — A quoi sert-il? Que vous donne-t-il en récompense de vos efforts?

C'est un fait qu'on songerait en vain à contester, qu'ici, le triomphe n'est souvent que la consécration légitime et prévue de plusieurs années d'un dur travail. La grande voix de l'opinion a désigné, presque à coup sûr, le groupe restreint d'où doivent sortir les vainqueurs, et parfois les vainqueurs eux-mêmes. Ce fait, qui ne répond peut-être pas au but du concours, mais qui est, et qu'il nous faut subir, n'a rien qui doive surprendre. En effet, le hasard n'a qu'un bien faible rôle dans les résultats de cette lutte, à laquelle, ceux qu'on appelle les *concurrents sérieux* viennent armés de toutes pièces, et où nul ne brigue le prix, sans la certitude, sinon de l'obtenir, du moins de l'approcher.

Pour justifier cette ambition qui pourrait paraître étrange, à ceux-là seulement qui ne connaissent pas votre passé, pour atteindre le but, il vous a fallu prévoir le concours dès longtemps et vous y préparer de longue main.

Emmagasiner avec ordre, les éléments d'une merveilleuse érudition; acquérir l'exposition claire, facile, brillante, séduisante même, et, en même temps savante et concise,

Commencer cette gymnastique de l'esprit et de la parole au concours de l'externat, la continuer à celui de l'internat, et affirmer enfin, au concours des prix, des qualités entretenues par la ténacité de votre persévérance...., voilà, messieurs, votre immense mérite. Il se résume dans un mot: répétition méthodique et non interrompue d'un travail énorme.

J'admire vos efforts,... sans toutefois en approuver la nécessité. Vous avez atteint les limites extrêmes de l'assimilation. Vous ne sauriez aller au delà, ni supporter plus longtemps un pareil fardeau.

Cette vocation forcée à des études encyclopédiques, cette mécanique soutenue patiemment durant plusieurs années, portent certainement leurs fruits: elles préparent des vulgarisateurs brillants; — elles permettent à ceux dont les qualités précoces répondent précisément à cet objet, de se signaler de bonne heure et de se faire pressentir, soit; mais que d'activité fruste! que d'efforts perdus! D'ailleurs le concours de la médaille vise-t-il réellement à ce résultat? — Je ne le crois pas. — Et néanmoins la nature de la plupart des épreuves qu'il comporte, tombe sous le coup de cette critique.

Je fais exception pour une cependant, — l'épreuve du mémoire... Celle-là est la véritable épreuve, le critérium sans artifice qui vous montre tout entiers, avec vos tendances, votre esprit, votre imagination, votre raisonnement. — Vos qualités et vos défauts y paraissent sans déguisement — Les mémoires de cette année étaient nombreux et intéressants. Certains sont des monuments scientifiques véritables. Je les ai tous parcourus avec attention et sans exception. — Ma patience ou mon bon vouloir feront peut-être sourire ceux d'entre vous qui n'ont daigné nous confier qu'une œuvre négligée, une bribe de leur originalité, mais peu importe; même dans les moindres productions, dans la narration ou la discussion d'un fait, dans une simple observation, on peut parfois juger de ce dont l'auteur est capable.

Messieurs, je le répète, celle-là est l'excellente épreuve de votre concours; celle qui procède logiquement de vos fonctions et de vos études, car elle a sa source et son aliment dans la salle d'hôpital, dans l'amphithéâtre, dans le laboratoire. C'est le seul élément solide et durable qui survivra au brillant tournoi dont on vous décerne les prix aujourd'hui.

Convaincu que c'est dans la production originale que se révèle le véritable caractère de notre genie national, inventif et primesautier, je ne saurais trop vous encourager dans la voie des recherches. Si la production est très abondante, tant mieux, elle nécessitera le contrôle. A défaut de contrôle, nous en sommes souvent réduits à suspendre notre jugement sur la

plupart de ces travaux qui sortent en foule des laboratoires et des instituts de l'étranger, et qu'on accepte tantôt avec une confiance exagérée, tantôt avec un doute trop systématique. Produisez, messieurs, tant que vous êtes jeunes et ardents! Nous avons tout à gagner à nous affermir d'une façon décisive, dans cette voie. Or, il faut constater que le concours des prix de l'internat est le seul, actuellement, qui permette au candidat de faire valoir une œuvre personnelle, dont il a choisi librement le sujet... Je suis heureux d'insister sur cette remarque... sans rien retrancher toutefois de mes premières observations.

Il y a longtemps que l'on déplore le nombre restreint des candidats aux prix. L'explication de ce fait me paraît assez facile après ce que je disais à l'instant. *On exige trop de vous.* et tous les internes ne veulent pas se condamner pendant quatre ans, à la préparation d'un programme tellement vaste qu'il embrasse toutes les branches de la médecine.

Tout à l'heure je vous ai admirés éloquents, encyclopédistes érudits, prêts à disserter brillamment *de omni re scibili* (en matière médicale bien entendu), mais, au fond, nul n'ignore les goûts et les préférences de chacun de vous; *médecin* ou *chirurgien*, peut être même *accoucheur...*; voilà votre étiquette occulte ou affichée.

Par la force des choses, vous avez adopté l'une de ces voies. En vain, voudrait-on nier l'évidence; cette spécialisation délibérée existait déjà, pour beaucoup d'entre vous, le lendemain de votre nomination à l'internat et pour ceux qui sont habilement conseillés, elle existe déjà dès la veille. Elle est dans le choix de vos services hospitaliers; elle est dans la nature de vos travaux, dans la carrière adoptée où plusieurs d'entre vous ont obtenu des succès et des titres justement recherchés. On la devinait, ici-même, le jour de l'ouverture du concours, dans l'anxiété des candidats : *médecine* ou *chirurgie*? telle était votre préoccupation. *Crainte* pour les uns, *espoir* pour les autres! La spécialisation, je la vois encore dans l'inégalité de certaines épreuves où les défaillances ne sont pas toujours déguisées par une admirable méthode et une inébranlable assurance Malgré les exceptions, et il y en a, voilà le fait habituel. Il faut l'accepter, et ce n'est pas moi qui essaierai d'aller contre cette tendance.

L'*internat*, dure épreuve, vous a sacrés jeunes hommes *laborieux* et *instruits;* il vous a laissé le droit de choisir votre route. Dès lors, quelle que soit la carrière adoptée, il faut qu'au bout, la récompense soit assurée. S'il m'était permis de formuler un vœu, ce serait celui de voir le concours des prix de l'internat, *scindé*, non pas en deux divisions, mais en deux catégories: les médecins et les chirurgiens. Je suis convaincu que par ce moyen on rendra à la lutte, tout l'attrait désirable et que les concurrents y viendront en foule. Différemment, je doute que l'on obtienne, longtemps encore, même des plus vaillants, le sacrifice volontaire d'une bonne moitié de leurs efforts.

J'arrive maintenant, Messieurs, à la récompense. Sa portée morale est grande assurément, mais les avantages matériels en sont peut-être discutables, bien que, pour la première fois cette année, un prix de 1000 francs ait été alloué au lauréat de la médaille d'or.

N'y aurait-il pas à briguer, sinon pour vous, du moins pour vos successeurs, autre chose que la prolongation des fonctions d'interne? Deux années de plus à qui vient d'en consacrer assidûment quatre à la clinique, ne représentent qu'un avantage relatif et insuffisamment complété par celui de travailler sous les auspices de nouveaux maîtres.

Tout à l'heure, je parlais de la nécessité du contrôle dans les procédés et les résultats de la science moderne, je puis ajouter, internationale, car aujourd'hui surtout, la propagande scientifique a créé de telles relations entre tous les pays, qu'il ne nous est pas permis de nous désintéresser des travaux de nos voisins... C'est que, je pensais à cette facilité avec laquelle nous nous isolons, et je songeais combien peu est développé, chez nous, le goût des voyages et des missions scientifiques. Il faut avouer aussi que ce goût est très peu encouragé et qu'il est soutenu moins encore.

La réaction paraît se faire cependant, et vous n'ignorez pas qu'on a décidé la création de bourses de voyage, en médecine. Leur destination exacte n'est pas encore définitivement fixée. Je me demande, Messieurs, à qui mieux qu'à vous, pourrait revenir une semblable faveur? A qui, mieux qu'à vous, pourrait-on confier le soin de nous faire participer aux nouveautés scientifiques du dehors; d'aller compléter les connaissances classiques en France, par l'étude technique et la comparaison avec les travaux étrangers? Qui, mieux que vous, s'acquittera de ce travail d'analyse prudente et de critique judicieuse? *Jeunes, libres* encore de toute préoccupation de la vie matérielle, porteurs d'un titre, apprécié dans tous les pays; *instruits,* autant qu'on peut l'être, vous avez des droits incontestables à cette mission.

« Ses avantages, ses agréments, seront un appât certain et légitime pour les internes de nos hôpitaux, et nous verrons, j'en suis convaincu, se multiplier le nombre de ceux qui, à l'expiration de leur internat voudront en briguer la faveur. Tel est mon souhait ardent.

« Quelque faible que soit ma voix, et quelque prématurée que puisse être mon désir, je ne doute pas qu'un avenir prochain ne nous apporte la réalisation de ce vœu.

« Je termine donc, avec cette espérance que l'ère des concours *scindés* pour les bourses de voyage, va bientôt s'ouvrir pour les internes en *médecine* et les internes en *chirurgie* des hôpitaux. Quant à vous, Messieurs, les vainqueurs du concours de cette année, je vous souhaite cet honneur singulier, d'être les *derniers* lauréats de la médaille d'or et de la médaille d'argent, dont la liste ne saurait être close plus brillamment. »

En 1881, le jury de l'*internat des asiles d'aliénés* a émis le vœu que l'Administration départementale créât, pour les internes des asiles, un concours des prix avec médaille d'or, analogue au concours des prix de l'internat des hôpitaux. Nous avons été chargé du rapport sur ce vœu; nous l'avons fait adopter, mais en remplaçant les avantages accordés au lauréat de l'Assistance publique (2 années de plus d'internat avec le droit de choisir son service), par une *bourse de voyage.* Cette proposition a été adoptée par le Conseil général qui a alloué 2000 fr. Le concours a lieu tous les deux ans. Deux bourses de voyage ont déjà été données. Primitivement, les internes seuls des asiles y prenaient part; le Conseil général a demandé que les internes en médecine des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière aient la faculté de concourir.

Nous avons réclamé aussi la transformation de la *médaille d'or* des hôpitaux en *bourse de voyage.* Le Conseil municipal a adopté cette proposition et, plusieurs fois, il a renouvelé son vote. L'Administration ne paraissant pas s'en préoccuper, nous l'avons rappelé à son souvenir chaque année, dans le *numéro des étudiants* du *Progrès médical.* Nous n'avons pas réussi à éveiller son attention. Nous sommes donc très heureux aujourd'hui de publier le discours que M. le Dr Doléris devait prononcer *au nom du jury* des prix de l'internat. Nous espérons que, cette fois, l'Administration entendra et examinera sérieusement ce vœu.

M. Doléris demande avec raison qu'il y ait une bourse de voyage pour les internes qui se destinent à la *médecine,* une seconde pour les internes qui se destinent à la *chirurgie*; nous avons vu que le Département avait créé une *bourse* pour les internes des *asiles* et des *quartiers* d'aliénés; il nous semble vraiment équitable de créer une quatrième bourse de voyage pour les internes qui se destinent aux *accouchements.* La réforme du concours des prix de l'internat est à l'heure actuelle nettement posée. Nous en remercions le jury et plus particulièrement M. Doléris, qui devait parler en son nom.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

5 novembre 1655. — *Argent des Religieuses* (1) : Le memoire precedent portoit aussi que la mère Prieure et les religieuses se louoient de messieurs du Bureau. M. Le Doyen parla de l'argent donné par defunt M. Talon curé de St Gervais. Le Bureau en toucha une somme notable de deniers et le surplus fut utilement employé par les religieuses.

Il a esté respondu que le Bureau en toucha 500 escus; que l'on est jamais entre en soupcon que les religieuses abusassent de l'argent qu elles recevoient.... que l'on est bien assuré qu elles en fai-

(1) De nombreuses plaintes étaient faites contre les religieuses et c'est pour se justifier que cette discussion avait été entamée.

soient un bon employ... *Mais* qu'il seroit plus à propos qu'elles n'en *retinssent point du tout que par l'ordre du Bureau et particulièrement des filles qui veulent entrer* dans l'Hostel Dieu, lesquelles *il faut admettre ou refuser par la seule consideration des pauvres* et non pas celle *d'un autre interest* et que l'on suplie messieurs les directeurs du spirituel de ne point soufrir qu'il soit plus receu aucune chose, et que le Bureau accordera aux religieuses tout ce dont elles ont besoin.

La dessus, le Doyen repond malicieusement : « qu'il ne croit pas que les religieuses reçoivent ou renvoyent aucunes filles par aucune considération d'argent ; que ce qu elles reçoivent des filles qui se présentent ne va pas a 50 ou 60 livres chacune, et que de plus, elles n'en reçoivent pas de toutes, *que cela ne vaut pas la peine de leur faire défenses.*

5 may 1656. — *Les Religieuses cachent leur nombre* : Le sieur Febre a dit à la mère Prieure qu'elle n'a point satisfait au reglement du Bureau qui l'oblige d'y aporter le nom des religieuses dudit Hostel Dieu qui sont decedées ou qui sont sorties pour savoir quand le nombre qui a esté arresté sera remply. A quoy elle a respondu *qu'elle ne s'en estoit point souvenue.* Sur la prière du Bureau elle a promis de les faire sçavoir au premier jour (*Reg.* 23, P. 226 (verso).

28 avril 1657. — On reproche aux religieuses de laisser auprès des malades qui comencent à se mieux porter des moribonds, que cela continue depuis longtemps sans qu'on veuille déferer aux ordres de messieurs du Bureau, ny aux instances des gens de bien. Il a esté aussi remarqué que messieurs du Bureau sont importunez en particulier par les diverses demandes que leur font les religieuses, qu'il seroit à propos qu'elles ne feussent faites que par la bouche de la mère Prieure, et ce, au Bureau, si la chose le mérite (*Reg.* 24, P. 70, 71.)

30 may 1657. *Femme mise au carcan par les religieuses* : Sur les plaintes qui ont esté faites au Bureau que la mère Lallemand, a présent Prieure de l Hostel Dieu a, *de son autorité* fait mettre *au carcan* une femme surprise en volant des draps dans ledit Hostel Dieu sans en avertir le Bureau, la Compagnie a commis MM. Perrichon, et Leconte pour en parler à ladite mère Prieure et sçavoir comment le tout s'est passé et en faire leur rapport. — 8 juin. (La mère Prieure se disculpe tant bien que mal en disant que ce n'est pas sa faute, et promet que pareille chose ne se renouvellera pas à l'avenir.) (*Reg.* 24, P. 92).

14 *novembre* 1659. — Sur la plainte que l'un de messieurs a fait, qu'une religieuse de l Hostel Dieu s'ingère d'y retirer loger et nourrir des filles qui ont esté chassées de l Hospital Général, à cause des desordres qu'elles y avoient commis et que cela cause une dépense que l Hostel Dieu ne doit point porter. La Compagnie a arresté, que le sieur Cudefo aura soin de les faire sortir de l Hostel Dieu et enjoindra aux portiers de la part du Bureau de ne les laisser plus rentrer (*Reg.* 27, P. 66.)

13 Février 1660. — Les eclesiastiques de l Hostel Dieu, accompagnés de M. Bourgeois maistre dudit Hostel Dieu en spirituel ont fait deux demandes au Bureau. La première pour du bois, la portion qu'on leur fournissoit n'étant pas assez grande. Ce qui leur a été accordé. La seconde, à ce que le demi septier de vin par jour qui leur est donné le long de l'année au déjeuner *soit continué pendant la caresme.* La Compagnie leur a refusé cette faveur disant qu un demi septier à dejeuner, une chopine a disner et une chopine à souper estoient suffisants (*Reg.* 28.). (*A suivre.*)

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS D AGRÉGATION (1875, 1878, 1880). — *Section des sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques, naturelles. — Questions posées :*

1° Sujets de compositions écrites donnés aux concours suivants : — 1875, Le foie ; — la bile. — 1878. Glandes mammaires et lait (anatomie et physiologie). — 1880. Les tissus musculaires. — 1883. Système lymphatique : anatomie et physiologie, — le poumon.

2° Sujets d'épreuves orales de 3/4 d'heure après 3 heures de préparation. — 1875. De l intestin grele. — La pie mère et le liquide céphalo-rachidien. — De la langue. — Histoire générale des carbures d'hydrogène. — Histoire générale des sucres. — La fleur en général. — Les organes des vegétaux. — Les lois générales des courants électriques. — La polarisation de la lumière.

1878. L'absorption dans les végétaux. — L'œuf des ovipares, structure, évolution. — La peau. — Les membranes muqueuses. — L'ovaire, la fécondation. — Arsenic et ses dérivés. — Cyanogène et ses dérivés. — Détermination de la réfraction des corps simples.

1880. Le cuivre et ses principaux composés. — Cyanogène et ses principaux composés. — Le plomb et ses principaux composés. — Iode et iodures. — Le testicule — De l'estomac. — L'utérus.

1883. Des arbres à baumes de Tolu et du Pérou. — Des graminées utiles. — Des arbres à caoutchouc et à gutta-percha. — Les ipécacuanhas. Les milieux transparents de l'œil, anatomie et physiologie. — L'oreille moyenne. — Les voies biliaires. — La bile et ses usages. — Les nerfs du goût, anatomie et physiologie. — Du pharynx et de sa physiologie. — Du phosphore et de ses composés hydrogénés. — Des acides tartriques et des tartrates, du potassium et de ses principaux sels. — De la pile hydro-électrique. — Du prisme optique. — Le microscope.

3° Sujets d'épreuves orales d'une heure, après 24 heures de préparation. — 1875. Le système muqueux. — Le système cérébro-spinal périphérique. — Le grand sympathique (anatomie et physiologie). — Les circonvolutions cérébrales (anat. et phys.) — L'appareil de respiration des invertébrés. — L'appareil circulatoire des invertébrés. — L'appareil digestif des invertébrés. — Généralités sur la classification des métalloïdes. — Généralités sur les métaux, leur classification. — Pouvoir émissif et pouvoir absorbant. — Constitution et analyse du son. — Constitution physique des gaz. — Constitution et analyse des radiations solaires.

1878. La soie et le coton. — Les cires d'origine animale et végétale. — L'ovule végétal. — Parallèle des organes des sens. — Les épithéliums. — Parallèle des organes génitaux dans les deux sexes. — La moelle épinière. — Le grand sympathique. — De la chaleur spécifique des solides et des liquides. — Les glycols. — Les glucoses. — L'urée.

1880. Les camphres. — L'allotropie dans les corps simples. — Les tannins. — Les sucres. — Les métamorphoses des aldéhydes. — Des métamorphoses de l'aniline. — Des transformations des matières albuminoïdes. — Des corps gras naturels. — Les glandes en grappes en général. — Les divers états transitoires de l'appareil de la circulation depuis son apparition jusqu'à la naissance. — Les glandes en tubes en général. — De la glotte. — Parallèle des organes de la génération dans les deux sexes. — Des ganglions lympatiques.

1883. — Les bothriocéphales de l'homme — Les ascarides et les oxyures de l'homme. — Les ténias inermes de l'homme. — Les arachnides nuisibles à l'homme, les acariens exceptés. — Les filaires de l'homme. — L'anchylostome duodénal et les dochmens. — Des strongles du rein de l'homme. — La peau. — Les sécrétions cutanées. — Les cavités du cœur. — La circulation intra-cardiaque. — Le tissu érectile chez l'homme et chez la femme. — Cavité thoracique. — Phénomènes mécaniques de la respiration. — Les voies spermatiques. — La spermatogenèse. — Les méninges. — Le liquide encéphalo-rachidien. — Muscles moteurs du globe de l'œil. — L'aponévrose orbitaire. — L'ovaire et la fécondation. — L'appareil de la circulation dans l'espèce humaine, considérée pendant les derniers mois de la grossesse et pendant les premiers mois de la naissance. — Les sphincters. — Action de l'acide sulfurique sur les composés organiques. — Phénomènes d'interférence en acoustique et en optique. — Des alcaloïdes de l'opium. — De la transmission du son à distance — Des alcaloïdes du quinquina — Phosphorescence et fluorescence. — Action du chlore sur les composés organiques. — Des divers modes physiques de production des phénomènes de coloration. — De la tension superficielle et des phénomènes qui en dépendent.

(*A suivre*).

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

Sous ce titre, M. le professeur Verneuil a adressé à la *Gazette hebdomadaire*, une longue lettre dans le but de recueillir des ressources pour faciliter les recherches expérimentales sur le *traitement de la tuberculose* et aussi afin d'aider les jeunes travailleurs qui s'adonneraient à ces recherches : le but était des plus louables; il est à regretter que M. Verneuil, n'ait pas résumé en quelques lignes, le *programme* qu'il désire voir réaliser. En attendant, nous devons dire à nos lecteurs qu'une *souscription* est ouverte, qu'une somme de 3,000 fr. a déjà été recueillie et qu'elle sera mise à la disposition de MM. Cornil, Bouchard ou autres en mesure de se mettre le plus tot possible à l'œuvre. Les souscriptions sont reçues chez M. G. Masson, libraire, 120, boulevard Saint-Germain.

Les dix premiers souscripteurs sont : MM. Bouchard, Brouardel, Charcot, Cornil, Damaschino Fournier, Grancher, Lannelongue, Potain, Verneuil. Chacun des souscripteurs a versé 300 fr. De plus, la *Gazette hebdomadaire* a recueilli 1,270 fr.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Reymer. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus.

MARDI 16. — 3e *de Doctorat,* 2e partie : MM. Jaccoud, Peter, Hallopeau. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Duplay, Richelot ; — 2e partie : MM. Ball, Cornil, Hanot. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier.

MERCREDI 17. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Landouzy. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Tarnier, Segond.

JEUDI 18. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Duplay, Humbert. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Pajot, Le Fort, Peyrot.

VENDREDI 19. — 2e *de Doctorat,* 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, Kirmisson. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Terrillon; — 2e *Série* : MM. Lannelongue, Le Dentu, Pinard.

SAMEDI 20. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Panas, Cornil, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Campenon.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 15. — M. Paillès. Des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. — M. Boursier. De la tuberculose de la vessie. — *Mercredi* 17. — M. Guyard. Contribution à l'étude du traitement des chéloïdes. — M. Foubert (Sylvain). De la splénotomie pour tumeur de la rate. — *Vendredi* 19. — M. Lermoyez. Etude expérimentale sur la phonation. — M. Poupinel. De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire. — *Samedi* 20. — M. Manrique. Opération d'Alexander. — M. Soreno. De l'Eczéma dans les fièvres éruptives chez les enfants.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouvelle seringue hypodermique.

MM. Clasen, Gudendag et Cie, fabricants d'instruments de chirurgie à Paris, soumettent à l'examen de l'Académie un nouveau modèle de seringue à injections sous-cutanées dont l'idée leur a été suggérée par l'inspirateur-injecteur Delstanche. Dans cet instrument, le piston n'étant plus en contact avec le liquide à injecter, toute cause d'altération, soit du liquide, soit du piston, se trouve ainsi écartée. Cette seringue A, est de la forme de celles que l'on emploie habituellement pour les injections hypodermiques. Elle en diffère en ce qu'un petit réservoir B, destiné à recevoir le liquide à injecter se trouve adapté à l'extrémité du corps de pompe.

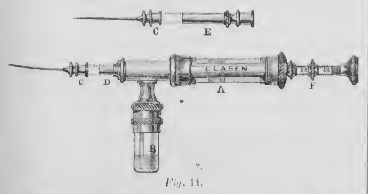


Fig. 11.

Grâce à cette disposition particulière, le liquide aspiré est entraîné dans le réservoir B, par suite du déplacement de l'air, qui se produit lorsqu'on arrose l'instrument.

Pour la facilité de l'application, l'extrémité D de la seringue est munie d'une rallonge mobile C, sur laquelle on fixe l'aiguille dans tous les cas où la manœuvre de l'opération pourrait être gênée par le réservoir.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 31 janvier 1886 au samedi 6 février 1886, les naissances ont été au nombre de 1231 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436; illégitimes, 178. Total, 614. — *Sexe féminin* : légitimes, 465 ; illégitimes, 152. Total, 617.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 janvier 1886 au samedi 6 février 1886, les décès ont été au nombre de 1132, savoir : 560 hommes et 572 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 15, T. 20. Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 6, F. 8, T. 14. — Scarlatine : M. 2. F. 3, T. 5. Coqueluche : M. 0. F. 4, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 14, F. 17, T. 31. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 18, F. 25, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 115, F. 79, T. 194. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 12, T. 26. — Autres affections générales : M. 32, F. 45, T. 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 30, F. 33, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 18, F. 16, T. 34. — Pneumonie : M. 76, F. 60, T. 136. — Athrepsie : M. 19, F. 32, T. 51. — Autres maladies des divers appareils : M. 171, F. 197, T. 368. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 7, T. 32. — Causes non classées : M. 9, F. 9, T. 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33; illégitimes, 17. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 10. Total : 38.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — L'épreuve clinique continue à la Charité et à Necker ; les candidats suivants ont subi jusqu'à aujourd'hui cette épreuve : Simon, Boinet, Barth, Parizot, Dubreuilh, Letulle, Ballet, Chuffard, Brousse, Lannois, Chauffard, de Beurmann, Brissaud, Gaucher. — L'épreuve clinique continue.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — MM. Gayet et Boudet ont été élus délégués au Conseil général des Facultés, par la faculté et école de médecine de l'Académie de Lyon. — MM. les professeurs Brouardel et Jaccoud ont été désignés par la Faculté de médecine de Paris, comme délégués au Conseil général des Facultés, institué par le décret du 28 décembre 1885. Le Conseil général de l'Académie de Paris, qui s'est réuni le 3 février, a désigné comme vice-président M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le Congrès des délégués des sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne le 27 avril 1886 ; la séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre le 1er mai.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — Un concours pour trois places de professeurs suppléants à l'Ecole dentaire de Paris, aura lieu le 18 avril 1886. — Un concours pour trois places de chefs de clinique aura lieu aussi le 30 avril 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice pendant 3 mois, à partir du 10 janvier en remplacement de M. Budin qui a obtenu, pour raison de santé, un congé de 3 mois.

FACULTÉ DE BORDEAUX. — M. Coyne et Guillot ont été nommés membres du Conseil général des Facultés pour la Faculté de médecine de Bordeaux.

CONFÉRENCE. — La *Bibliothèque populaire des amis de l'instruction publique* du Ve arrondissement a continué cette année, ses conférences hebdomadaires, salle de l'Ermitage, rue de Jussieu, no 29. Le lundi, 15 février, à 8 heures 1/2, M. Bourneville fera une conférence sur ce sujet : *Religieuses et Laïques.*

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Le Conseil municipal de Paris vient de voter une subvention de 2500 fr. pour l'année 1886 à la clinique ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Bureau, professeur de botanique (classifications et familles naturelles) au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert ce cours le samedi 6 février 1886, à midi 1/2, et le continuera tous les samedis à la même heure.

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Prix Chateauvillard : M. le Dr Testut, pour son intéressant et remarquable ouvrage : « *Anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée.* » On a accordé aussi deux mentions honorables : 1o à M. le Dr Redard, pour son traité de Thermométrie médicale; 2o à M. le Dr Gellé, pour son ouvrage : Maladies de l'oreille.

LEGS JEUNESSE. — M. Jeunesse (Antony-Jean-Charles), par un testament en date du 19 février 1877 a légué à la Faculté de médecine de Paris : 1o Une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène ; — 2o Une somme de 750 francs pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie. — Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. — En 1886, il y aura lieu de décerner le prix annuel de 1,500 francs.

RÉCOMPENSES. — Les récompenses suivantes ont été décernées par le Président de la République : Médaille d'or (1re classe), G. Ebed, interne à l'hôpital d'Aix; — Dr Mourgue-Tur (Nîmes), —

Dr Escalier (Alais). — Médaille d'or (2e classe) : Dr H. Mordagne (de l'Aude). — Médaille d'argent (1re classe) : Dr Gauthier (Sigean, Aude); — Dr Espagne (Aumessas); — Dr Auriol (Bellegarde) — Dr Ollivier (Lille). — M. DUPUICH GUHISLIN a obtenu une médaille d'or de Ire classe pour avoir donné son sang pour des opérations de transfusion ayant sauvé la vie à diverses personnes.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES — M. le Prof. Semmola (de Naples) vient de recevoir la médaille d'or du mérite public en récompense du zèle et de l'abnégation avec lequel, il a dirigé le service sanitaire de la Croix-Blanche pendant l'épidémie de choléra en 1884. — Le Dr FILEHNE (d'Erlangen), vient d'être appelé à la chaire de pharmacologie de la Faculté de Breslau. — Le Dr Johann JANOSIK, privat-docent, a été nommé professeur d'histologie et d'embryogénie à la Faculté tchèque de Prague. — La Faculté de médecine d'Erlangen vient de proposer pour la chaire de clinique médicale, vacante par suite du départ de M. Leube, le professeur STRUMPELL qui l'occupait jusqu'ici comme suppléant; le professeur PENZOLDT, a été proposé pour la seconde chaire de clinique interne nouvellement créée. — Le Dr GAULE, est nommé professeur de physiologie, à la Faculté de Zurich.—M. le Pr DANILEWSKI (de Kasan est nommé professeur de chimie physiologique à Karkoff. — M. le Dr A. de REUSS vient d'être nommé professeur d'ophthalmologie à l'université de Vienne ; — M. le Dr SATTLER, directeur de la clinique ophtalmologique d'Erlangen, est nommé professeur d'ophtalmologie.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro de la « *Revista Medico-Social*, revue bimensuelle paraissant à Madrid, sous la direction du Dr J. Call. — Nous recevons également le premier numéro de « *La Rassegua di Scienze médicale*, organe officiel de la Société de chirurgie de Modène ».

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du Dr MARSDEN (de Québec) qui vient de succomber à l'âge de 79 ans; président du comité de vigilance, gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada depuis 1847, époque de sa fondation, président de la Société de médecine de Québec, assesseur du Collège des médecins à l'Université de Laval. M. le Dr Marsden était un homme d'une activité extraordinaire, le protecteur des jeunes médecins qui lui doivent beaucoup. — On annonce la mort du Dr LUCHSINGER, professeur de physiologie à la Faculté de Zurich ; du professeur de physique de Munich, Wilhelm V. BELTZ, à l'âge de 65 ans ; du professeur SAUTESSON, de Stockholm, à l'âge de 74 ans ; du doyen des accoucheurs italiens, le professeur Gaetano VALTORTA, décédé à Venise, le 7 janvier, à l'age de 79 ans ; du célèbre zoologiste Oscar SCHMIDT, décédé à Strasbourg ; du professeur E. BUROW (de Königsberg). — M. ADAM, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

LA MUNICIPALITÉ DE SAINT-PIERRE ET MIQUELON offre un traitement annuel de 4000 francs à un docteur en médecine qui consentirait à venir se fixer dans cette colonie. S'adresser à la Société française de colonisation, boulevard de Courcelles, 73, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

CHARCOT (J.-M.) et MARIE (P.). — **Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie.** Broch. in-8 de 54 pages et 2 planches. — Prix : 3 fr. Pour nos abonnés . . . . 2 fr.
PITRES (A.) et DALLIDET. — **Une observation de maladie de Thomsen.** Broch. in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonnés. . 35 c.
SEGLAS (J.). — **Fait pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive.** Broch. in-8 de 19 pages. — Prix : 75 c. Pour nos abonnés 50 c.
SIKORSKI. — **Sur la tension des muscles comme substratum de l'attention** Broch. in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. Pour nos abonn. 35 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

HARTMANN (R.). — Les singes anthropoides et l'homme. 1 vol. in-8 de 232 pages, avec 62 figures.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

DIBOT (H.). — Hygiène pratique du vêtement. Choix du meilleur vêtement pour éviter les maladies. 1 vol. in-18 de 124 p. 2 fr. 50.
GENDRON (F.). — Notes et observations sur l'épidémie cholérique à Toulon en 1884. Broch. in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50.
TRÉVELOT (H.). — Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate, avec résection de la clavicule dans les cas d'arrachement du membre supérieur. Broch. in-8 de 67 pages, avec 6 planches. — Prix : 2 fr.

Librairie G. CARRÉ, 112, boulv. St.-Germain.

LANGLEBERT (Ed.). — Traitement des maladies vénériennes. Conférences recueillies par le Dr Ph. MARÉCHAL, suivies d'une étude sur l'empoisonnement mercuriel lent par le Dr Ph. Marechal. 1 vol. in-18 de 111 pages.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière M. le professeur CHARCOT reprendra le 15 février ses leçons du lundi, momentanément interrompues, et les continuera les lundis suivants. Les leçons du mardi ont lieu chaque semaine comme d'habitude.

HOTEL-DIEU. — *Médecine.* — M. BUCQUOY. Consultation le vendredi. Visite à huit heures et demie. — Salle Sainte-Anne (F.) : 1, 2, 3, scarlatine ; 6, phlegmon péri-néphrétique ; 16, rhumatisme articulaire chronique avec poussées aiguës ; 18, fièvre typhoïde, phlegmatia alba dolens ; 21, cancer secondaire du rachis ; 23, anévrysme du tronc brachio-céphalique ; 35 *bis*, insuffisance aortique et mitrale ; 33, ancienne gangrène pulmonaire, sclérose du poumon. — Salle Saint-Thomas (H.) : 3, phtisie subaiguë ; 4, tuberculose pulmonaire. albuminurie, syphilis ; 5, fracture de la colonne vertébrale, myélite ; 7, fluxion de poitrine grippale ; 9 *bis*, aortite chronique ; 10, ankylose générale par rhumatisme chronique ; 12 *bis*, insuffisance et rétrécissement aortiques ; 13, adénopathie trachéo-bronchique chez un syphilitique ; 15, ectasie aortique ; 24, paralysie générale ; 17, phtisie subaiguë ; 19, ancien hyste hydatique du poumon, sclérose du poumon et suppuration pulmonaire.

Médecine. — M. GALLARD. Clinique gynécologique, mardi et samedi. Consultation gynécologique, jeudi. — Salle Saint-Louis (H.). — 1, myélite syphilitique ; 2, sciatique ; 5, dilatation de l'estomac ; 7, pneumonie ; 18, hémorrhagie cérébrale, néphrite interstitielle chez un saturnin ; 21, ataxie locomotrice ; 24, fièvre typhoïde. — Salle Sainte-Marie (F.) : 1, hématocèle péri-utérine ; 3, carcinome utérin, phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs ; 8, ovarite double ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral ; 13 *bis*, ovarite gauche ; 17, vaginite, métrite. 32, dilatation de l'estomac ; 33, pelvi-péritonite, syphilis : 35, phlegmon péri-utérin.

Médecine. — M. MOUTARD-MARTIN (suppléé par M. BROCQ). Visite à neuf heures. Consultation, le mercredi. — Salle Saint-Augustin (H.) : 4, clou de Biskra ; 10, hémidrose faciale ; 13, pleurésie hémorrhagique ; 28, paraplégie syphilitique. — Salle Sainte-Monique (F.) : 1, hématurie, tumeur du rein ; 8, incontinence d'urine, péritonite chronique traumatique ? 13, aménorrhée congénitale, rétrécissement du vagin ; 15. adénopathie bronchique.

Médecine. — M. EMPIS. Visite à sept heures. Consultation le lundi. — Salle Saint-Charles (H.) : 2, bronchite suspecte ; 4, pleurésie purulente ; 6, endocardite et péricardite chroniques ; 12, cancer de l'œsophage ; 13, paraplégie ; 17, gastrite ; 19, tuberculose pulmonaire au cours d'une fièvre typhoïde ; 22, pneumonie chez un alcoolique ; 24, sclérose en plaques. — Salle Sainte-Madeleine (F.) : 3, Chloro-anémie ; 5, rétrécissement mitral ; 10, scarlatine chez une puerpérale ; 11, sclérose en plaques ; 21, phlébite des deux membres inférieurs (suite de couches) ; 25, tabes avec lésions trophiques ; 27, abcès du foie, ictère.

Médecine. — M. MESNET. — Salles Saint-Denis et Sainte-Martine. Visite à 8 h 3/4. Consultation le samedi. Examen des nouveaux le dimanche. — Salle Saint-Denis (H.) : 2, ataxie locomotrice ; 5, troubles cérébraux ; 17, péricardite ; 18, rétrécissement de l'œsophage ; 20, empyème ; 21, cirrhose atrophique ; 26, athérome cérébral ; 29, hémiplégie traumatique ; 31, hémorrhagie cérébrale ; 32, polyurie ; 39 et 40, paraplégie. — Salle Sainte-Martine (F.) : 3, urticaire après un ictère ; 6, chloro-anémie ; 40, kyste hydatique ouvert dans les bronches ; 12, ataxie ; 21, cirrhose hypertrophique.

Médecine, Pr SÉE : Clinique de la Faculté. Consult. le mardi. Clinique le lundi, mercredi, vendredi. Visite à 9 heures. — Salle Saint-Joseph (H.) : 1, tuberculose ; 2, hystérie ; 23, rétrécissement mitral ; 24, goutte chronique ; 14, pleurésie ; 16, athérome, néphrite interstitielle ; 11, hémiplégie avec contracture et tremblement ; 13, hémiplégie droite avec aphasie ; 9, anévrysme de l'aorte, ataxie ; 28, neurasthénie ; 15, néphrite post-typhoïde ; 18, artério-sclérose ; 20, diabète, ophthalmie ; 22, dilatation bronchique, tuberculose.

Chirurgie. — M. PANAS. Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi à 10 heures. Clinique et opérations le mercredi. Ophthalmoscope. Consultation tous les jours. — Salle Saint-Julien : 1, double opthalmie purulente ; 4, iritis rhumatismale ; 8, granulations conjonctivales ; 9, aquo-capsulite ; 10, cataracte diabétique ; 11, ectropion, carie du rebord orbitaire, adhérence et rétraction cicatricielles de la paupière inférieure ; 12, cataracte double ; 14, kératite ponctuée, choroïdite ; 21, iritis rhumatismale à répétition ; 32, glaucome double.

Chirurgie. — M. TILLAUX. Visite tous les matins à 9 h. 1/4. Consultation les mardis, jeudis. Consultation des oreilles, samedi. Cliniques et opération les lundis, mercredis. Examen au lit des malades les vendredis. — Salle Saint-Côme (H.) : 3, contusion du foie ; 8, opération d'Estlander ; 10, ostéo-myélite de la cuisse

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 FÉVRIER 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme (*Suite*) (1) :

2e Leçon recueillie par M. le Dr **MARIE**, chef de clinique de la Faculté.

Messieurs,

J'ai fait de nouveau placer sous vos yeux le malade que je vous ai présenté dans notre dernière leçon, comme offrant un exemple remarquable de l'affection qu'on est convenu d'appeler du nom de *coxalgie hystérique*.

Vous n'avez pas oublié les arguments nombreux et incontestablement d'un grand poids, à l'aide desquels nous nous sommes efforcés d'établir ce diagnostic. — Et cependant quelques doutes, quelques scrupules auraient pu subsister dans votre esprit. C'est qu'en effet, faute d'avoir pratiqué la chloroformisation du malade, nous n'avions pas pu nous assurer par nous-même de l'intégrité de la jointure.

Eh bien, Messieurs, ces doutes sont levés aujourd'hui. Le malade qui jusqu'ici s'était refusé à l'emploi du chloroforme, sous l'empire de je ne sais quelle crainte, a mieux compris ses intérêts et s'est soumis à notre examen vendredi dernier (2). Voici les résultats de notre exploration:

Au bout de six à sept minutes, après une période d'excitation très courte, contrairement à ce que nous avions lieu de craindre à cet égard, d'après ce que nous savons des effets de la chloroformisation chez les hystériques, le sommeil était complet. Les muscles étaient en entière résolution; ceux du membre malade furent les derniers à parvenir à cet état; la peau était devenue insensible au pincement, même aux endroits les plus hyperesthésiés ; on pouvait imprimer à la jambe et à la cuisse les mouvements les plus étendus sans être arrêté par la moindre résistance ; la percussion du grand trochanter, celle du talon n'étaient nullement perçues. Ni la main, ni le stéthoscope n'ont, pendant qu'on exécutait tous ces mouvements, permis de constater le moindre craquement. Donc une conclusion s'impose à nous, c'est que la jointure est libre d'adhérences, que les surfaces articulaires et osseuses ne présentent aucune de ces déformations, de ces lésions qui ne sauraient manquer d'exister dans une coxalgie aussi ancienne, si elle était réellement de nature organique.

Permettez-moi encore, Messieurs, de vous faire connaître les phénomènes présentés par ce malade pendant la période du réveil : — la raideur commença à reparaître à un certain degré dans les muscles malades, avant qu'aucune manifestation douloureuse se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà en partie revenue, le malade commençait à répondre à quelques questions alors que la sensibilité des parties profondes (percussion du trochanter, du talon) n'était encore nullement exagérée; c'est donc l'hyperesthésie profonde qui s'est reproduite en dernier lieu. Mais lorsque le réveil fut devenu complet, c'est-à-dire au bout de vingt à vingt-cinq minutes, la déformation, la douleur, la claudication redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation.

Quoi qu'il en soit, voici le diagnostic désormais complètement assuré. Bien entendu, il n'en est pas de même du traitement; tout reste à faire de ce côté, c'est vers ce but que doivent maintenant tendre nos efforts.

Mais avant d'aborder la question de thérapeutique, je crois utile d'arrêter votre attention sur un point qui touche encore au diagnostic de la coxalgie hystérique.

Si j'ai tenu aussi instamment à donner le chloroforme à mon malade, c'est qu'il eût pu se faire, en somme, que nous fussions en présence de la combinaison suivante : 1° Lésions organiques de la coxalgie scrofuleuse; 2° lésions dynamiques de la coxalgie hystérique. — Notre malade est hystérique très certainement et présente nettement les symptômes de la coxalgie hystérique; mais il pouvait se faire que ces phénomènes servissent de masque à une coxalgie vraie. — Il se serait agi alors d'une forme mixte *hystéro-organique* ou *organico-hystérique*, comme vous voudrez l'appeler.

Cette forme mixte existe-t-elle en réalité dans la clinique ? Oui, très certainement, et peut-être est-elle même plus fréquente qu'on ne le croit, bien que, si je ne me trompe, les auteurs la passent sous silence. Vu l'importance de ces faits, je tiens à vous en dire quelques mots. Grâce à l'obligeance de mes collègues, M. Lannelongue et M. Joffroy, je suis à même de vous faire connaître trois cas, dans lesquels cette combinaison s'est produite au milieu de circonstances qui rendaient l'erreur difficile à éviter. Dans ces trois cas, la première impression avait été qu'il s'agissait d'une affection hystérique; mais un examen plus attentif a montré que les phénomènes hystériques masquaient une lésion organique de la hanche, restée inaperçue (1). A propos de cette combinaison

---

(1) Voir *Progrès médical*, 30 janvier 1886.

(2) Cette leçon a été faite en décembre 1885.

---

(1) Voici du reste l'exposé sommaire de ces trois cas :

1er *cas*. (Observation communiquée par M. le professeur LANNELONGUE). Garçon de 11 ans ; la mère a de nombreuses attaques d'hystérie. Le membre du coté malade est *contracturé non seulement au niveau de la hanche, mais encore au niveau du genou et du pied*. On ne peut toucher ce membre sans que l'enfant soit pris d'une véritable attaque de nerfs. Dans le sommeil chloroformique, on constate l'existence de craquements articulaires énormes. Il existe un raccourcissement de deux centimètres dû à ce que la tête fémorale a chevauché sur la cavité cotyloïde. Plus tard il s'est produit un abcès symptomatique.

2e *cas*. (Communiqué par M. le professeur LANNELONGUE). Petite fille de 13 ans. Père atteint de paralysie infantile ; mère ayant eu des attaques hystériques jusqu'à l'age de 30 ans. A l'age de 7 ans, contracture douloureuse du pied droit. A 9 ans, crises nerveuses. A l'âge de 10 ans, reprise des crises nerveuses. A 11 ans survient une douleur de la hanche droite avec claudication. *Survient une rémission complète qui fait croire à l'existence d'une affection purement nerveuse et on laisse en conséquence l'enfant marcher*. Un retour des douleurs étant survenu, on soumet l'enfant a l'emploi du chloroforme. On constate alors des craquements et une très grande difficulté du redressement de la jointure consécutif à une déformation de os. Un gonflement profond fait redouter la formation d'un abcès.

3e *cas*. (Communiqué par M. le Dr JOFFROY). Mlle X..., de

de lésions organiques et de symptômes hystériques, je vous ferai remarquer, en passant, qu'il ne faudrait pas croire que des désordres materiels un peu accentués de l'organisme excluent forcément les phénomènes hystériques ; cela peut arriver sans doute, mais, s'il en est ainsi dans quelques cas, dans d'autres, les plus nombreux peut-être, on voit les stigmates hystériques persister pendant l'évolution de lésions organiques plus ou moins graves; par exemple, et ici je fais allusion à un cas récemment observé par nous dans le cours du rhumatisme articulaire aigu le plus intense, compliqué d'endopéricardite ayant consécutivement entraîné la mort.

Je n'insisterai pas plus longuement sur ce point, j'en ai dit assez, je crois, pour montrer que chez un sujet hystérique, lorsqu'une affection organique se développe, les symptômes relatifs à chacune des deux affections, peuvent se combiner de manière à constituer un métis pathologique, dont l'histoire naturelle doit être bien connue du clinicien.

Pour en revenir à notre malade, il est, nous l'avons démontré, atteint d'une coxalgie bien et dûment hystérique sans mélange d'aucune lésion organique. Nous pouvons donc affirmer, je le répète, qu'il guérira un jour ou l'autre; mais quand? et quels moyens faut-il mettre en œuvre pour hâter ce résultat?

Je voudrais étudier avec vous tout d'abord la théorie, la physiologie pathologique des cas qui nous occupent, espérant rencontrer, chemin faisant, des indications qui puissent nous permettre de fonder notre intervention thérapeutique sur des bases rationnelles. Un moyen d'étude se présente à nous, moyen que j'ai déjà mis à profit en semblable occurrence; il s'agit de produire artificiellement les symptômes de la coxalgie hystérique, dans l'espoir de mieux reconnaître les conditions et le mécanisme qui président au développement de celle-ci.

Ce n'est pas un animal, quelque élevé qu'il soit dans l'échelle, qui devra servir à ces études, mais bien, ainsi que vous l'avez compris, l'homme lui-même placé dans les conditions mentales spéciales à l'état hypnotique.

Les deux malades que je fais placer devant vous sont toutes deux des femmes hystériques avérées, offrant les caractères les plus nets du grand hypnotisme; elles présentent, comme vous le voyez à l'état de veille, tous les grands sypmtômes de la coxalgie hystérique, douleur et claudication, symptomes sur lesquels je ne veux pas insister de nouveau. Mais ici, ce que je veux relever surtout c'est que l'affection a été produite par nous, volontairement, artificiellement, pendant l'état hypnotique ; naturellement chez ces malades les choses n'ont pas été poussées très loin, mais tout en restant dans les limites de la prudence, elles l'ont été assez cependant pour qu'on puisse nettement reçonnaître chez elles, sous une forme bénigne, l'affection décrite par Brodie.

Chez une de ces femmes, c'est en produisant, pendant l'état somnambulique, une légère torsion de la cuisse sur le bassin que nous sommes arrivés à ce résultat; aussitôt elle se plaignit d'une douleur dans la hanche, et veuillez le remarquer expressément, dans le *genou*, bien que celui-ci n'eût pas été soumis même à la plus légère torsion.

Chez l'autre malade, nous nous sommes contentés pendant qu'elle était plongée dans l'hypnotisme de lui affirmer qu'elle venait d'avoir une attaque, pendant laquelle elle avait fait une chute sur la hanche; le récit animé de l'événement supposé et la peinture des vives douleurs qui devaient s'en suivre ont produit le résultat désiré; chose remarquable, ici encore bien que nous n'ayons parlé que d'une contusion sur la hanche, la malade s'est plainte en même temps d'une douleur dans celle-ci et dans le *genou*; et quoique auparavant la malade fût anesthésique de ce côté, on peut constater maintenant que la peau, au niveau de la hanche et du genou, est devenue très sensible. Je vous ferai remarquer de plus qu'une fois éveillées, nos malades ignoraient absolument notre intervention et croyaient fermement l'une et l'autre s'être heurté la hanche pendant une attaque. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE INTERNE

Paramyoclonus multiplex

(Étude d'un trouble musculaire jusqu'à présent non décrit en France)

Par P. MARIE, chef du laboratoire adjoint à la Salpetrière.

L'affection dont nous nous occupons dans le présent travail n'a été introduite qu'assez récemment dans la nosographie ; les observations en sont encore peu nombreuses, puisque, à notre connaissance, il n'en existe que deux. La première est due à Friedreich, qui est le créateur du nom de *paramyoclonus multiplex;* la seconde appartient à L. Löwenfeld (de Munich) (1). Nous ne croyons pas qu'en France il ait jamais été publié rien d'analogue.

L'observation qui suit a été prise dans le service de notre maître, M. le professeur Charcot, service dans lequel le malade était entré après s'être présenté à la consultation externe de la Salpêtrière.

OBSERVATION I (personnelle). Cunz.. 52 ans, plombier, façonne le plomb sans le fondre.

Père mort à 82 ans, de pneumonie (?), mère morte par accident, pas de maladies nerveuses dans la famille.

A 20 ans a eu un chancre non suivi de roséole, n'a jamais été soumis à un traitement anti-syphilitique. A la même époque, aurait souffert d'une fièvre à caractère intermittent. N'a jamais eu de coliques de plomb ni d'accidents saturnins.

Marié à 34 ans, n'a eu un enfant qu'après 12 ans de mariage, celui-ci n'a jamais été malade. A l'âge de 27 ans le malade a eu des douleurs dans les deux jambes, douleurs plutot sourdes que lancinantes qui disparurent après des bains de vapeur ; ces douleurs auraient été assez fortes pour qu'il fût obligé de

---

[illegible] le 12 [illegible]. Antécédents [illegible]. A [illegible] à forme [illegible]. A 5 ans, [illegible]. 11 ans, [illegible]. A 18 ans, [illegible] [illegible] de [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] s. »

(1) Cet auteur a proposé pour cette affection le nom de *myoclonia spinalis multiplex* ; si nous nous sommes plutôt servi de celui donné par Friedreich c'est surtout parce qu'il est le premier en date ; de plus l'épithète spinalis, nous semble préjuger un peu [illegible] question de localisation non encore résolue, et [illegible] la dénomination de *myoclonus multiplex* [illegible] peut-être préférable.

marcher avec des cannes, les articulations n'étaient pas enflées.

Il y a 3 ans, Cunz.. a été pris de crampes dans les jambes, ces crampes étaient assez douloureuses pour le réveiller la nuit.

A cette époque, il existait aussi des douleurs sourdes dans les bras et surtout dans les épaules, et suivant sa propre expression il lui semblait que ses os étaient rongés. Ces douleurs ont continué jusqu'à ces derniers temps avec des alternatives de calme et d'exacerbation, et cela surtout au moment des changements de temps. Entre les épaules il éprouve continuellement une douleur qui, lorsqu'il fait un mouvement, correspond, dit-il, au creux de l'estomac. Ces douleurs ne semblent pas devoir être considérées comme des douleurs ostéocopes.

En outre de ces sensations douloureuses, le matin au réveil il lui semblait que ses membres, surtout les bras, étaient glacés, quelquefois même si engourdis qu'il ne pouvait les soulever qu'avec peine ; ou bien encore il lui semblait qu'il recevait des coups de marteau sur les doigts. A la même époque il ressentit d'assez violentes douleurs dans la verge, mais d'une façon toute transitoire et avec un certain caractère lancinant. Depuis l'apparition des crampes, il a remarqué que ses jambes étaient beaucoup plus faibles et qu'il se fatiguait promptement.

Vers les premiers jours du mois d'août il a eu un étourdissement dans lequel il a perdu connaissance pendant vingt minutes et à la suite a eu quelque temps du délire; depuis éprouve quelquefois des sensations de serrement autour du front.

Depuis trois ans, il aurait commencé à avoir des secousses dans les membres inférieurs, mais le malade est à ce sujet très peu net dans ses réponses, et, chose singulière, ces secousses ne semblent pas avoir attiré son attention d'une façon spéciale, ce n'est pas pour elles qu'il vient consulter, mais plutôt pour l'état de faiblesse générale, dans lequel il se trouve; aussi ne peut-il donner aucun renseignement bien précis sur le début de ces secousses.

Lorsque le malade s'est présenté à la consultation de M. le professeur Charcot, on remarqua que, de temps en temps, ses jambes présentaient dans l'articulation du genou un mouvement d'un caractère assez étrange, et il était très difficile de dire s'il consistait au début dans une flexion ou en une extension de la jambe ; c'est pour cette raison qu'on admit le malade dans le service afin d'observer de plus près ce phénomène.

Mais ce n'est pas dans la station debout que ces secousses étaient les plus fortes, dans cette position en effet elles étaient très rares et médiocrement intenses ; nous fûmes très étonné de voir qu'en faisant asseoir le malade et surtout en le faisant étendre dans un fauteuil ces secousses devenaient beaucoup plus intenses et plus fréquentes. Ces deux caractères étaient encore bien plus marqués lorsqu'on l'examinait couché dans son lit.

Les secousses présentées par le malade d'une façon spontanée sont très variables de fréquence et d'intensité, tantôt pendant un certain nombre de minutes il n'en existe pas, tantôt elles surviennent plusieurs fois par minute, quelquefois elles sont isolées, d'autres fois elles sont étendues à plusieurs muscles ; leur siège le plus ordinaire est au niveau des muscles de la cuisse, souvent elles ne produisent qu'un léger mouvement de celle-ci ou bien, et cela surtout sous l'influence de l'émotion, il y a une sorte de petit saut sur place ou mouvement assez difficile à décrire et un peu analogue à celui que l'on fait avec les jambes pour surprendre et effrayer une personne ou un animal, une sorte d'extension brusque des [illegible] avec génuflexion presque instantanée. Quelquefois [illegible] secousses [illegible] se montrent sur des muscles du tronc ou de l'épaule, notamment le grand pectoral.

Les secousses n'empêchent d'ailleurs jamais le malade d'effectuer les mouvements volontaires, car pour les bras elles n'apparaissent jamais dans les mouvements de ceux-ci, celles des membres inférieurs surviennent peut-être quelquefois, mais d'une façon très rare dans la marche et sur ce point les réponses du malade sont loin d'être précises, nous n'avons jamais observé ces secousses quand il marchait en notre présence, mais seulement quand il était debout au repos.

Un certain nombre d'excitations semblent avoir la propriété de faire naître et même d'exagérer ces secousses : parmi ces excitations, nous avons noté la percussion du tendon rotulien, outre la contraction assez intense du triceps à la suite de celle-ci, on remarque quelque chose de particulier : la percussion du tendon rotulien droit produit une contraction du triceps percuté et rien de plus, tandis que si on frappe le tendon rotulien gauche, on voit non seulement se produire la contraction du triceps gauche avec une apparence plus prolongée, et n'étant en somme qu'une secousse tout à fait analogue à celles qui surviennent spontanément, mais encore, une fois sur quatre ou cinq environ, on voit se produire, en même temps, une secousse semblable dans le triceps droit, quelquefois même aussi dans le pectoral, le deltoïde, le triceps brachial des deux côtés. La recherche des réflexes tendineux au coude ne donnait pas lieu à la production des secousses.

La recherche de la contractilité idio-musculaire montre que celle-ci est notablement exagérée, on distingue avec la plus grande netteté les deux contractions qui suivent la percussion du muscle : la première occupant toute l'étendue du muscle, donnant lieu à un mouvement de l'articulation ; la seconde localisée formant bourrelet, ne s'accompagnant d'aucun mouvement de l'articulation ; c'est surtout ce dernier phénomène, connu généralement sous le nom de myoïdème qui est le plus prononcé. Il faut noter encore que la percussion des muscles détermine des secousses dans les triceps fémoraux, mais celles-ci sont plus marquées lorsque c'est le triceps fémoral lui-même qui est percuté que lorsque c'est un des muscles du bras ; il est fort possible que l'excitation produite sur la peau pendant la percussion du muscle soit pour une grande part dans l'apparition de ces secousses.

Le chatouillement de la plante du pied (le malade a toujours été très chatouilleux) nous a paru être le procédé le plus actif pour faire naître les secousses, elles se produisaient ainsi beaucoup plus sûrement et avec une intensité et une généralisation plus grandes que par la percussion des tendons. On voyait presque à chaque fois que l'on chatouillait l'une ou l'autre plante de pied, se produire une secousse dans l'une ou l'autre cuisse, ces secousses étaient d'ailleurs notablement plus fortes quand on chatouillait la plante du pied gauche que quand c'était la droite, et si on cherchait à analyser les muscles qui prenaient part à la secousse, on constatait que c'étaient aussi bien les muscles de la région postérieure de la cuisse que ceux de la région antérieure, le grand fessier et le tenseur du fascia lata qui prenaient aussi part au mouvement ; la secousse semblait également se propager aux jumeaux, mais non aussi fréquemment ni aussi rapidement qu'aux muscles de la cuisse ; à la simple vue, il est très difficile de dire si la secousse débute dans les muscles antérieurs de la cuisse ou dans les postérieurs. Mais les secousses provoquées par le chatouillement ne sont pas limitées aux membres inférieurs, elles occupent aussi le tronc et les membres supérieurs, nous avons pu les observer à l'abdomen seulement dans le droit antérieur, au tronc dans le grand dorsal, dans le grand rond et le grand pectoral, au bras dans le deltoïde et le triceps, nous n'en avons pas vu se produire dans les autres muscles du bras et de l'avant-bras. Ces secousses sont surtout marquées à droite, elles existent aussi à gauche, mais d'une façon beaucoup moins nette et plus confuse.

Le chatouillement sur d'autres parties du corps que la plante du pied ne produit pas de secousses.

La piqûre au contraire, sur quelque point de la surface cutanée qu'elle soit pratiquée, leur donne naissance, mais elles sont en général moins intenses et moins étendues que par le chatouillement.

Si on exerce une pression prolongée sur le corps du muscle droit antérieur de la cuisse du côté gauche en le saisissant entre les deux mains, il se produit des secousses très nettes dans le triceps fémoral du côté droit (environ 11 par minute), tandis que du côté gauche (côté comprimé) ces secousses sont excessivement rares et très peu fortes. Une fois la compression cessée, le triceps du côté gauche présente des secousses un peu plus nombreuses que lorsqu'il était le siège de la compression, mais elles sont moins [illegible] et moins [illegible] que celles du triceps droit qui continue à avoir des secousses dont

quelques-unes d'aspect tétaniforme, et cela d'une façon beaucoup plus marquée qu'avant la compression.

La pression prolongée exercée sur le triceps droit amène l'exagération des secousses dans celui-ci et aussi dans le triceps gauche, mais les secousses du triceps droit restent notablement plus fortes et plus prolongées qu'à gauche.

La compression exercée sur l'artère fémorale au niveau de l'arcade iliaque n'apaise pas les secousses ; tout au contraire, celles-ci deviennent plus intenses.

La position des membres exerce aussi une certaine influence sur la production de ces secousses, c'est ainsi, par exemple, qu'on réussissait ordinairement à les faire apparaître en faisant rester le malade, le bras tendu et soutenant un certain poids (200 grammes suffisaient) ; au contraire, lorsqu'étant assis il tenait pendant quelque temps sa jambe étendue, aucune secousse ne se produisait, mais il survenait un tremblement assez accentué du membre. Lorsque étant debout on lui faisait rapprocher les pieds, les secousses ne tardaient pas à devenir plus fréquentes et surtout plus intenses, à tel point même qu'on voyait les contractions du triceps fémoral devenir comme tétaniques.

D'après le dire des infirmiers de garde que nous avons à plusieurs reprises chargés de regarder ce que devenaient les secousses pendant la nuit, celles-ci cesseraient d'une façon complète.

Au point de vue de l'état général, le malade est pâle et manifestement anémique ; du côté de la sensibilité et de la motilité aucun trouble notable ; il est porteur d'une hernie inguinale gauche volumineuse ; une des artères humérales présente des varicosités très marquées. Les fonctions digestives sont un peu altérées, la nutrition peu active. Rien dans les urines. Le réflexe crémastérien fait défaut; depuis assez longtemps déjà les désirs sexuels et les érections manquent absolument.

Au bout de quelques jours, le malade sort, sur sa demande, parce qu'il s'ennuie trop éloigné des siens.

Pendant son séjour à l'hôpital, un grand nombre de tracés graphiques des secousses ont été pris avec beaucoup de soin par M. Azoulay, externe du service. Sur ces tracés on voit très nettement quelle est l'irrégularité de ces secousses; leur nombre, leur intensité variaient considérablement d'un jour à l'autre. On peut cependant, relever un certain nombre de faits qui ne sont pas sans intérêt : Sur quelques-uns, en effet, pris avec le myographe, on voit très nettement se produire une *secousse unique* (*fig.* 15) après laquelle le muscle revient immédiatement au repos, ou bien au contraire sur d'autres tracés, le muscle est pris d'une série de *secousses agglomérées* (*fig.* 16) dont l'amplitude va en décroissant progressivement jusqu'à ce que la ligne de niveau soit définitivement atteinte ; quelquefois ces secousses en se continuant donnent naissance à une courbe *d'apparence tétaniforme.*

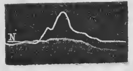


Fig. 15.

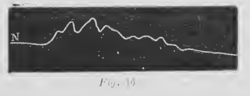


Fig. 16

Nous avons dit plus haut que le mouvement déterminé dans les jambes par les secousses, était assez difficile à déterminer, et qu'on ne savait trop s'il y avait d'abord contraction des fléchisseurs ou des extenseurs, l'examen des tracés a permis de trancher facilement cette question, en montrant qu'il s'agissait toujours d'un mouvement d'extension au commencement de chaque secousse: la *fig.* 17, provenant d'un tracé pris avec la glissière, nous permet, de plus, de constater que toujours à ce mouvement d'extension est lié un mouvement de flexion plus ou moins accentué.

Restait encore à savoir si, lorsque les secousses se montraient simultanément dans les deux côtés du corps, elles avaient lieu strictement au même moment dans les muscles symétriques, ou bien s'il existait une différence. Les mensurations prises sur les tracés avec M. Azoulay nous ont fait voir qu'il en existait toujours une, la secousse du triceps crural gauche précédait constamment celle du triceps droit, mais d'une quantité qui n'était pas toujours la même et qu'on peut évaluer

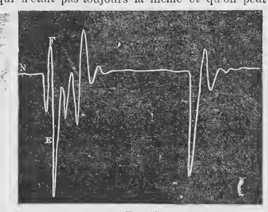


Fig. 17.

en moyenne à 5/50 de seconde, quelquefois on comptait 4/50 ou 7/50, mais le retard ne variait guère en dehors de ces limites.

Dans toutes les figures ci-jointes, N indique la ligne de niveau de repos du muscle, E l'extension, F la flexion.

L'examen électrique pratiqué par M. Vigouroux n'a permis de constater absolument aucune modification de l'excitabilité des muscles ou des nerfs, tant au point de vue qualitatif qu'au point de vue quantitatif. Pendant cet examen, surtout lorsque l'excitation portait sur la peau (étincelle, etc...), on voyait se produire les secousses dans les différents muscles dont nous avons déjà parlé.

Il nous a semblé qu'il ne serait pas sans quelque utilité de donner aussi un résumé un peu étendu des deux autres observations de cette singulière affection, de façon à pouvoir comparer entre eux les trois malades et voir quelles analogies et quelles différences offrent les symptômes présentés par chacun d'eux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les spores des bacilles de la diphthérie humaine. — Nouvelle coloration des tissus normaux et pathologiques (1) ;

Par M. BABÈS.

J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique des préparations de spores du bacille de Klebs et de Löffler. M. Löffler a bien décrit et cultivé à l'état de pureté les bacilles qui se trouvent presque constamment dans les produits diphthéritiques de l'homme. En suivant son procédé, j'ai obtenu aussi, dans six cas de diphthérie de la gorge, dans huit cas de laryngite croupale, dans trois cas de diphthérie après la rougeole, dans un cas de diphthérie consécutive à la scarlatine et dans un cas de diphthérie de la conjonctive, les mêmes bacilles accompagnés toujours de streptococci, avec des bacilles très fins, ou avec un staphylococcus donnant des cultures de couleur jaune. Le résultat était le même en cultivant la pseudo-membrane, ou bien le tissu profond de l'amygdale ou enfin les ganglions voisins. Les ganglions bronchiques donnaient ordinairement une culture pure du streptococcus, ou bien d'un microbe capsulé ; le même microbe décrit par moi, par MM. Fraenkel et Passet dans la pneumonie et dans le pus se trouvait souvent seul ou en même temps que le streptococcus dans les produits inflammatoires des poumons et de la plèvre.

En cultivant le bacille de la diphtérie sur la gélatine à 22 degrés, M. Löffler a obtenu des formes bizarres qui s'y développent et qu'il regarde comme des formes d'involu-

(1) Communication faite à la *Soc. anatomique*, le 29 janv. 1886.

tion. J'ai suivi le développement de ces cultures et j'ai pu constater presque constamment que des parties épaissies se limitent à un moment donné, s'entourent d'une membrane, tandis que la partie centrale devient claire, brillante, et enfin après huit jours ou plus on a une image très nette de grandes spores dont l'épaisseur est le double de celle des bacilles et qui sont oblongues, plus longues que les autres spores. Elles atteignent jusqu'à 2-3 μ de longueur. Elles siègent ou au milieu ou à une extrémité des bâtonnets qui sont pâlis; parfois on voit les bacilles sans limite nette comme une petite queue à une des extrémités des grandes spores. Souvent les spores sont tout à fait libres, et elles forment dans ce cas des groupes ou des séries dans lesquelles les bords des spores sont au contact les uns des autres. Ordinairement ces spores se colorent bien — comme vous pouvez le voir — sur la préparation qui se trouve sous le microscope, par la méthode de coloration de Koch et de Bienstok. On voit une partie des spores colorée en rouge par la fuchsine additionnée d'eau d'aniline pendant vingt-quatre heures, ou bien en les chauffant. Les bâtonnets se colorent ensuite en bleu par le bleu de méthylène, après l'action de l'acide nitrique. Je ne suis pas de l'avis de MM. Bienstok et Hueppe, qui prétendent que cette coloration est absolument caractéristique ; j'ai par exemple coloré par la fuchsine dans de vieilles cultures du bacille de la tuberculose, des corps ovoïdes, tantôt à l'extrémité, tantôt au milieu des bâtonnets, tantôt libres, un peu plus épais que le bacille même, tandis que le reste du bacille se colorait en bleu ; j'inclinais à croire que j'avais affaire à des spores, mais lorsque je montrai mes préparations à M. Koch, il ne partagea pas mon opinion.

Pour cette raison, malgré l'aspect tout à fait caractéristique de ces spores, je me suis encore convaincu de leur rôle en les desséchant et en les chauffant à 100°. Comme par ces procédés les cultures restaient vivantes et comme un nouvel ensemencement sur le sérum de bœuf donnait une culture caractéristique des bacilles dits de la diphthérie, je n'hésite plus à regarder les corps que j'ai trouvés et qui sont bien caractéristiques comme des spores des bacilles de Klebs et Löffler. J'insiste sur l'importance de cette constatation des spores des bacilles de la diphthérie au point de vue de la prophylaxie et de la propagation possible de cette terrible maladie. Il n'est pas douteux qu'avec ces spores il existe aussi des formes d'involution des bacilles.

Une autre série de préparations que j'ai l'honneur de vous présenter se rapporte à une matière colorante, qui donne pour l'histologie pathologique des résultats très remarquables.

C'est la couleur neutre composée par M. Ehrlich pour la coloration de certaines granulations dites neutrophyles du sang. Cette couleur est composée par parties égales de fuchsine acide, d'orange et de vert d'aniline. Le mode de préparation de cette matière colorante est décrit dans un travail de M. Ehrlich sur la tuméfaction aiguë de la rate. Comme il me semblait être évident qu'une couleur neutre doit avoir des avantages spéciaux pour la coloration des tissus, j'ai essayé cette couleur et j'ai obtenu avec elle des résultats très satisfaisants, surtout pour la coloration des parenchymes et de certains tissus pathologiques que je me réserve de publier prochainement. Maintenant je me borne à la démonstration des organes en voie de dégénérescence amyloïde.

Dans le foie, par exemple, que vous avez sous les yeux, vous voyez la substance amyloïde colorée en teinte neutre violacée et parfois la coloration est plus intense presque noire. Le protoplasme des cellules du foie est brun-jaunâtre, les noyaux de ces cellules sont vert-grisâtre, le tissu conjonctif est d'un beau rouge, les noyaux des cellules migratrices sont d'un beau vert intense, les fibres musculaires de la paroi des vaisseaux sont jaunes-brunâtres, les globules rouges du sang sont orangés. Dans le rein atteint de la même dégénérescence, vous voyez auprès de la substance amyloïde violacée d'autres lésions pathologiques des reins caractérisées par différentes couleurs ; on y voit des cylindres hyalins rouges, d'autres gris, d'autres presque noirs ; de même on voit des granulations de diverses couleurs dans le protoplasme des conduits urinifères tantôt normaux tantôt pathologiques. Un des avantages de cette coloration consiste en ce qu'on obtient ainsi des préparations constantes qui se conservent dans le baume et montrent d'une manière très nette les parties en voie de dégénérescence amyloïde auprès des tissus normaux ou pathologiques bien caractérisés.

L'emploi de la couleur est très simple : on met les coupes du rein durci dans l'alcool ou dans la liqueur de Flemming pendant douze heures avec la couleur, on lave dans l'eau, on déshydrate par l'alcool et l'essence et on enferme dans le baume.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clonus et réaction tendineuse de la mâchoire.

Dans le numéro de janvier du journal de Neurologie anglais, *Brain*, M. Beevor a publié une observation d'amyotrophie bulbaire et spinale avec sclérose latérale, prise par lui il y a quatre ans et dans laquelle il constata l'existence d'une trépidation ou clonus de la mâchoire semblable à celle du pied. Ce phénomène, qui ne paraît pas avoir été encore décrit, se produisait lorsqu'on déprimait la mâchoire, en pressant sur les dents avec le doigt. Les muscles de la mastication, ainsi étirés, réagissaient comme le font ceux du mollet lorsqu'on pratique la flexion dorsale du pied.

Cette observation inspira à M. de Watteville l'idée de rechercher l'existence d'une réaction tendineuse de la mâchoire chez l'homme sain, semblable au phénomène bien connu du genou. Dans une note faisant suite à l'observation de M. Beevor, il dit avoir réussi à démontrer le fait de la manière suivante : on place sur les dents inférieures, de préférence sur les canines, l'extrémité d'une lame, telle qu'un coupe-papier, au moyen de laquelle on exerce une certaine pression sur la mâchoire. On frappe alors un coup sec avec un marteau à percussion sur la lame, tout près des dents, et l'on obtient généralement une réaction musculaire très nette. Le sujet doit nécessairement n'opposer aucune résistance au libre jeu de la mâchoire.

Dans beaucoup de cas, généralement dans ceux où l'on observe une réaction exagérée à la percussion d'autres tendons, le phénomène est fort accusé, et arrive à se transformer en clonus véritable. M. de Watteville dit avoir observé ce clonus chez une hystérique aussi bien que dans un cas de sclérose. La question de la valeur diagnostique de ces réactions ne peut pas encore être résolue, surtout en ce qui concerne les cas où l'on obtient une contraction apparemment plus faible que la normale.

De concert avec M. Waller, l'auteur a entrepris une étude myographique de ces phénomènes. Le temps perdu de la contraction des muscles de la mâchoire, excités par la méthode ci-dessus, paraît n'être que des centièmes de seconde. Cette période semble trop courte pour une action réflexe véritable, et M. de Watteville en conclut à une action directe du muscle, due à l'extension brusque que lui fait subir la percussion.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille s'ouvrira, le 2 août 1886, devant ladite Faculté. — M. Lobert (Emile-Pierre), pharmacien de 1re classe, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Thibaut, des fonctions de chef des travaux chimiques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Batteur, non acceptant.

Du mode d'admission des aliénés, des épileptiques et des enfants idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc. (1).

II. *Epileptiques.* — A l'heure actuelle, les épileptiques des deux sexes sont hospitalisés de deux façons : 1° par l'Administration de l'Assistance publique dans les sections spéciales de Bicêtre et de la Salpêtrière : ils sont qualifiés d'*épileptiques non aliénés* et leur entretien est à la charge de la Ville de Paris ; 2° par la Préfecture de la Seine et la Préfecture de police dans les mêmes services spéciaux de ces deux hospices et, quand les places font défaut, ce qui est fréquent, dans les sections d'aliénés des hospices ou même dans les divisions des asiles ; dans ce cas, les *épileptiques* sont dits *aliénés* et leur entretien incombe au Département.

C'est là une distinction purement administrative. Au point de vue médical, il n'y a pas de différence sensible entre ces deux catégories d'épileptiques. Tous sont plus ou moins sujets à des troubles intellectuels, de durée variable, après leurs accès ; tous sont exposés à la déchéance intellectuelle, à la démence épileptique ; tous aussi peuvent voir leurs accès diminuer ou même présenter des rémissions complètes plus ou moins longues ; quelques-uns, de l'une ou l'autre catégorie, peuvent même *guérir*.

Le Conseil général, d'accord avec l'Administration, avait limité, dans son projet de délibération de 1877, 1878, 1879, le placement des épileptiques ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Aucun placement d'aliénés épileptiques ne pourra être fait en dehors des services spéciaux de Bicêtre (sexe masculin) et de la Salpêtrière (sexe féminin). Aucun placement d'enfants aliénés, idiots ou arriérés, ne pourra être fait en dehors des services spéciaux de Bicêtre (jeunes garçons gâteux ou âgés de moins de 7 ans), de Vaucluse (jeunes garçons arriérés, ou idiots valides de 7 à 16 ans) et de la Salpêtrière (filles de tout age). Toutefois, les enfants idiots âgés de plus de 16 ans qui, par un arrêt de développement physique, paraîtraient n'avoir pas atteint cette limite d'age pourront être exceptionnellement admis à la colonie spéciale de Vaucluse.

Cet article, qui limitait, comme on le voit, l'admission des épileptiques à deux services spéciaux, disparut dans la délibération de 1880, parce que les deux services étaient devenus tout à fait insuffisants et aujourd'hui il y a des épileptiques non seulement dans les services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais encore dans les divisions des autres asiles (2).

L'*hospitalisation des épileptiques*, telle qu'elle se pratique dans le département de la Seine, nous paraissant exiger une réforme sérieuse, nous avons soumis la question au Conseil général, en février 1878, dans les termes suivants :

Bicêtre et la Salpêtrière possèdent chacun une section spécialement consacrée aux épileptiques adultes et aux enfants épileptiques et idiots. Ces malades forment une catégorie toute particulière, très différente de celle des aliénés. En effet, la plupart jouissent, sinon de l'intégrité, au moins d'une partie de leurs facultés intellectuelles. Aussi ont-ils, dans les asiles, une plus grande liberté et peuvent-ils, de temps en temps, sortir en ville accompagnés de leurs parents.

Nombre d'entre eux présentent des améliorations assez notables, des suspensions assez longues de leur accès, qui permettraient de les rendre à leurs familles. Mais celles-ci hésitent souvent à les reprendre et le médecin à les leur rendre, par suite des difficultés nombreuses exigées ensuite pour leur *réadmission.* Une fois sortis, s'ils retombent, si les crises deviennent plus fréquentes, il faut recommencer les démarches déjà faites, lors du premier placement : certificat de médecin, visa du commissaire de police, séjour à la Préfecture de Police, passage à Saint-Anne, enfin transfert à Bicêtre pour les hommes, à la Salpêtrière pour les femmes. Votre commission est d'avis d'appeler, sur cette situation intéressante, toute la sollicitude de l'Administration, en l'invitant à examiner si, pour les malades incontestablement épileptiques et qui ont séjourné à ce titre dans nos asiles, il ne serait pas possible de diminuer les formalités et de les faire réadmettre directement dans les sections spéciales de Bicêtre et de la Salpêtrière. Nos finances y gagneraient en ce sens que les médecins hésiteraient moins à renvoyer des malades améliorés, s'ils savaient que, en cas de recrudescence de la maladie, ils trouveront les portes largement ouvertes pour rentrer. Une étude attentive de ces malades nous autorise à penser qu'un nombre respectable d'entre eux pourraient passer plusieurs mois dehors chaque année, ce qui serait utile à leur santé et diminuerait nos dépenses. (1)

Le Conseil général a adopté notre vœu ; l'Administration n'ayant rien fait, nous l'avons renouvelé à la fin de 1878 (*Rapport sur le budget de* 1879) et, les choses étant restées dans le même état, nous sommes revenu de nouveau à la charge dans notre Rapport de décembre 1879 sur le budget de 1880. Après avoir reproduit les considérations qui précèdent, nous ajoutions qu' « une étude attentive de ces malades nous autorisait à penser qu'un nombre respectable d'entre eux pourraient passer plusieurs mois dehors, chaque année, si la proposition était mise à exécution, ce qui serait utile à leur santé et diminuerait les dépenses. » Nous terminions ainsi : « Nous vous prions, Messieurs, d'inviter encore une fois l'Administration à examiner cette question intéressante et à en préparer la solution. »

En 1880 (*Rapport sur le budget de* 1881), nous constations que nous n'avions pas été plus heureux ; mais, en même temps, nous signalions au Conseil que nous avions obtenu, pour nos collègues et pour nous, l'autorisation de donner aux malades des congés de 1 à 15 jours, c'était un premier pas vers la réalisation de la réforme que nous poursuivons. Malheureusement, depuis cette époque, il n'y a pas eu d'autre changement. Notre insistance, en 1881 et 1882, n'a pas eu plus de succès. En donnant à cette question plus de publicité, en attirant davantage sur elle l'attention et des médecins et des administrateurs, nous finirons peut-être par provoquer une solution qui nous paraît devoir être très profitable aux malades et agréable aux familles.

Les épileptiques, tous les médecins le savent, constituent un groupe spécial ; ce sont des aliénés d'un genre particulier ; dans les déments ce sont des malades sujets à des folies transitoires ou en imminence de folie. C'est avec raison qu'on a réclamé pour eux des sections spéciales, sections dans lesquelles il faudrait un quartier pour les déments et les gâteux, un quartier de cellules pour les isoler lorsqu'ils offrent de l'excitation maniaque. C'est aussi en raison de la nature de leur maladie qu'il faudrait rendre faciles et les sorties et les réadmissions. Il conviendrait enfin, lorsque la famille est nécessiteuse, qu'on accordât à leurs malades un secours mensuel lorsqu'ils sont sortis de l'asile. Maintes fois nous avons sollicité l'attention de l'Administration sur l'allocation de ce secours et malheureusement, jusqu'ici, nous ne sommes parvenu à aucun résultat sérieux.

(1) Pour compléter ce que nous avons dit au sujet des *placements volontaires* des aliénés, voici les renseignements relatifs à l'année 1885 : il y a eu 455 placements volontaires d'aliénés indigents et 58 d'aliénés payants à l'Asile clinique, — 3 à l'asile de Vaucluse ; — 119 à l'asile de Ville-Evrard, soit, au total : 577 sur près de 3,700 admissions.

(2) En janvier 1886, il y avait dans la section spéciale de Bicêtre 79 épileptiques aliénés, 71 épileptiques dits non aliénés ; 68 dans la section de M. J. Voisin ; 89 dans la section de M. Charpentier ; 17 à l'asile clinique Sainte-Anne ; 41 à l'asile de Vaucluse ; 10 à l'asile de Ville-Evrard, — à la Salpêtrière 158 dans le service de M. Legrand du Saulle, 3 dans le service de M. A. Voisin ; 108 dits non aliénées dans le service de M. Charcot.

(1) Bourneville. — *Rapport sur le service des aliénés* (budget de 1878), p. 24 et 25.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 février 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Paul Bert, Président de la Commission du monument élevé à la mémoire de Claude Bernard, rend compte de la cérémonie d'inauguration qui a eu lieu le dimanche 4 février. La statue de bronze due à M. Guillaume, membre de l'Institut, est élevée en face du Collège de France. Les discours prononcés à cette cérémonie par MM. Paul Bert, Berthelot, Frémy et Chauveau sont insérés dans les comptes rendus de l'Académie.

M. Ranvier prie l'Académie de le compter parmi les candidats pour les places vacantes actuellement dans la section d'anatomie et zoologie.

A l'occasion de son départ pour le Tonkin, M. Paul Bert prononce les paroles suivantes :

« Je viens prier l'Académie de vouloir bien m'accorder « un congé dont je ne puis exactement indiquer la durée. « Le gouvernement de la République me faisant ce suprême « honneur de remettre entre mes mains, dans les lointaines régions d'Indo-Chine, les intérêts de la patrie, « m'a confié une tâche dont je comprends toutes les difficultés. L'Académie me permettra de lui dire que je « compte, pour les résoudre, à la fois sur la méthode « scientifique dont s'inspirent ses travaux et aussi sur « l'autorité que me donnera, auprès de ces peuples si respectueux des lettres, l'honneur qu'elle m'a fait en « m'appelant au nombre de ses membres. — Aussitôt que « l'œuvre primordiale de pacification et d'organisation « sera sinon terminée, du moins en bonne voie, j'espère « que les jeunes savants d'Occident tiendront à honneur « de venir faire apprécier la supériorité de notre science « par les lettrés de l'extrême-Orient. Je compte sur eux « pour augmenter notre influence morale et aussi pour « mieux faire connaître ce pays, pour en signaler les » richesses, pour se faire les conducteurs et les guides des « grandes industries européennes...... »

M. E. Leudet étudie *les effets, au point de vue de la propagation de la tuberculose pulmonaire, de l'admission dans les hôpitaux généraux d'individus atteints de cette maladie*. Cette étude repose sur l'examen de 16094 malades adultes soignés à l'Hôtel-Dieu de Rouen, de 1854 à 1885. Elle établit que la propagation de la tuberculose pulmonaire par contagion dans les hôpitaux n'est pas démontrée, qu'elle est au moins restreinte. Les maladies donnant une aptitude extrême à la tuberculose pulmonaire sont la pleurésie, la glycosurie et la fièvre synoque. Un second groupe de maladies est signalé par une aptitude moindre, mais encore fâcheuse ; ce sont la syphilis, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, les maladies de la moelle épinière et la variole. Les affections qui apportent une aptitude moyenne sont l'alcoolisme, le paludisme, la pneumonie, le rhumatisme, les maladies de l'utérus et l'hystérie. L'aptitude la plus faible est celle qui accompagne les maladies du tube digestif, des reins, du cœur, du cerveau, ainsi que la bronchite et l'emphysème pulmonaire. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 février 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Laborde complète sa précédente communication en montrant à la Société des animaux auxquels il a piqué la protubérance et les pédoncules cérébraux et qui présentent divers mouvements de roulement, de manège et de giration.

M. Gilly pense, qu'étant données les fonctions gustatives de la corde du tympan, on doit chercher l'origine réelle de ces fibres gustatives dans la racine bulbaire du trijumeau. La section de cette racine en effet supprime ces fonctions spéciales.

M. Poncet dit que lorsqu'on coupe les diverses branches du trijumeau, il faut faire attention à détruire les divers ganglions qui leur sont annexés et dont la présence pourrait vicier l'expérience.

M. Chatin envoie une note sur les *nerfs qui naissent du ganglion postérieur chez les anodontes*.

M. Marfan a fait des recherches histologiques et expérimentales sur un tænia solium fenêtré. Histologiquement, il est arrivé aux conclusions suivantes : aucun processus morbide appréciable n'existe au niveau des pertes de substance ; la destruction des anneaux n'est pas due, comme pour le botriocéphale fenêtré, à une ovulation excessive. Ces résultats ont suggéré à M. Pouchet qu'il s'agissait peut-être là d'un phénomène de digestion par le suc intestinal. M. Marfan, pour vérifier cette hypothèse, a fait des expériences sur les chiens : ces expériences ont prouvé qu'en effet un cestoïde peut, dans certaines conditions, être digéré.

M. Blanchard dit que si l'on désire faire des traumatismes expérimentaux sur un tænia, il est bon de se rapprocher de la tête ou de s'en éloigner suivant qu'on veut ou non occasionner la mort de l'animal.

M. Roger, dans une série d'expériences faites au laboratoire de M. Bouchard, s'est proposé de déterminer l'action que le foie exerce sur certains poisons. Il a constaté que, conformément à l'opinion de Schiff, le foie arrête de notables proportions de divers alcaloïdes introduits dans l'organisme : nicotine, strychine, cicutine, vératrine, caféine. Il a reconnu que le foie exerce une action semblable sur les extraits alcooliques de substances putréfiées et de matières intestinales. Dans ces extraits, il s'est débarrassé des sels potassiques, le foie n'ayant aucune action sur eux. Il a démontré de plus que, normalement, le sang de la veine porte contient des substances toxiques, provenant des fermentations intestinales, car, pour tuer 1 kilogr. de lapin il faut injecter 25 cc. de sang de chien pris dans la jugulaire ou la crurale ; 11 cc. du sang porte ; 22 cc. du sang sus-hépatique. Après l'antisepsie intestinale, le sang porte ne tue plus qu'à la dose de 22 ou 23cc. L'auteur a reconnu ensuite que cette fonction du foie disparaissait lorsque la glande ne contenait plus de glycogène. Il est tenté d'interpréter cette action intime du foie par une transformation de l'alcaloïde et non un simple emmagasinement.

M. Dubois dit qu'on trouve souvent des alcaloïdes dans les excréments. Le foie n'est-il pas un éliminateur plutôt qu'un destructeur ?

M. Laborde pense qu'on fera bien de chercher les alcaloïdes dans le foie et non dans l'urine où on les rencontre très rarement.

M. Gréhant dit que la morphine tarit la sécrétion urinaire.

M. Dastre rappelle que Cl. Bernard a parfaitement élucidé le mécanisme de la mort dans la ligature de la veine porte. Il existe toujours à un haut degré de l'anémie cérébrale par réplétion des veines viscérales.

M. Secheyron présente les organes d'une femme morte cancéreuse. Le vagin montre une cloison complète ; il n'existe qu'un seul rein et un seul uretère. Elle put accoucher néanmoins d'un enfant vivant.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 février. — Présidence de M. Trélat.

M. Alph. Guérin ne serait pas intervenu dans la discussion provoquée par les belles recherches de M. Gautier, si ces recherches n'avaient servi de corollaires à d'ingénieuses théories et si elles n'avaient été le point de départ d'attaques véhémentes et éloquentes contre la doctrine microbienne. Il a déjà dit, dans l'article *septicémie* du D[illegible] de médecine pratique, combien pouvait être [illegible] la découverte des ptomaïnes au point de vue de la genèse des septicémies et l'empoisonnement par ces substances nous donne la raison de certaines morts rapides survenant après

le dépôt d'un morceau de cadavre sous les tissus d'un animal sain. Les ptomaïnes, en effet, agissent avec une grande rapidité et donnent lieu à des symptômes qui, d'après Selmi, se produisent par : la dilatation et l'irrégularité de la pupille, à laquelle succède bientôt la contraction; les ralentissements et l'irrégularité des pulsations cardiaques, les convulsions et la mort avec le cœur en systole et vide de sang. Mais combien est grande la différence qui sépare ce tableau de celui de l'érysipèle et de l'infection purulente avec leurs violents frissons et claquements de dents suivis de chaleur et de sueur! M. Guérin n'hésite pas à dire que, pour sa part, il n'a jamais rencontré l'empoisonnement par les ptomaïnes avec la symptomatologie qui lui est attribuée. Il ne nie pas qu'il puisse y avoir certaines septicémies dues à ces alcaloïdes vénéneux, mais quant à l'érysipèle et l'infection purulente, il n'y a pas à le nier, ils sont dus à des corpuscules animés, à des ferments de l'air, comme il l'a démontré le premier en 1870. Depuis cette époque cette doctrine des miasmes ou des germes-contages a été peut-être exagérée, mais elle n'en reste pas moins puissante en ce qui regarde ces deux grandes affections chirurgicales; elle a été victorieusement démontrée par M. Guérin qui, en même temps, apportait le moyen de combattre la septicémie tandis que la doctrine des ptomaïnes si belle et si féconde qu'elle puisse être, a besoin de faire ses preuves; elle n'est encore qu'une espérance qui ne nous permet pas d'affirmer que la septicémie par les alcaloïdes a ruiné la théorie microbienne. Peut-être pour *le tétanos*, pour l'*érysipèle bronzé* qui n'est pas un érysipèle et qui cause la mort comme le ferait un venin, pourrait-on trouver l'application des doctrines nouvelles; de même pour l'infection putride; mais ce n'est qu'une hypothèse que l'avenir seul justifiera ou infirmera. En résumé, l'on peut dire que les ptomaïnes et les leucomaïnes sont destinées à éclaircir certains points de pathogénie restés obscurs jusqu'ici, mais il faut se borner à cela; quant à admettre avec M. Peter que les microbes sont des quantités négligeables et dont il ne faut tenir aucun compte, c'est tomber dans l'erreur, surtout en chirurgie.

M. Peter vient répondre à la communication de M. Gautier qui admet que les maladies sont: les unes parasitaires, les autres non parasitaires. Or, aujourd'hui, dit-il, toutes semblent vouloir le devenir. Prenant comme exemple la pneumonie et le rhumatisme, M. Peter nous montre que ces maladies, autrefois considérées comme produites par l'action du froid, tombent aujourd'hui dans le groupe des affections parasitaires. C'est le microbe qui tantôt frappe mollement et donne naissance à une forme légère et bénigne, tantôt, au contraire, entraîne la mort. M. Peter ne peut admettre ces distinctions, et les enseignements de la médecine traditionnelle lui paraissent plus clairs et plus raisonnables. C'est l'état général qui est en cause, c'est la prédisposition de l'individu qui crée les différences dans les maladies et devient la cause principale du développement des accidents aussi bien que de leur gravité. Comment, en effet, s'expliquer dans l'endocardite rhumatismale, qu'un parasite vienne précisément faire élection sur un des points les plus profonds de l'économie, sur une valvule dont la surface est sans cesse balayée par le courant sanguin? Au contraire, avec les idées de la pathologie traditionnelle, les choses s'expliquent facilement; le choc répété sur les valvules fait qu'elles sont le siège d'irritations, de froissements qui, répétés, deviennent, avec un mauvais état général, le point de départ de proliférations plus ou moins étendues.

Maintenant qu'il existe au milieu de ces proliférations valvulaires des microcoques, M. Peter ne le nie pas, mais ces microcoques sont secondaires; ce sont des modifications de l'épithélium valvulaire, mais ce ne sont pas des parasites. Dans la voie qu'il a suivie, M. Gautier, ajoute M. Peter, avait déjà été précédé par M. Béchamp. En 1867, en effet, ce professeur a démontré que les granulations des plantes, les microzymas peuvent se transformer en bactéridies; le *bacterium-termo* qu'il a trouvé dans les mortifications partielles des feuilles de cactus ne serait autre chose qu'un produit de la fermentation des microzymas. Dans ces cas, le microbe n'était pas venu du dehors puisque l'épiderme de la plante était intact, il était né sur place par la transformation des microzymas.

Du reste, dit en terminant M. Peter, la microbie elle-même a besoin pour se soutenir de recourir à des arguments et à des théories bien singulières.

Aussi Koch n'admet-il pas que le bacille virgule n'agit que par ses sécrétions! Or, qu'est-ce que la sécrétion d'un microbe? Le microbe du rouget du porc n'envahit que certaines espèces et respecte telle autre! Dans l'observation de M. Le Fort on a vu une malade atteinte de fistule succomber à la fièvre puerpérale; mais pourquoi au lieu d'aller chercher un microbe latent, comme le fait M. Verneuil, ne pas admettre que la malade en état puerpéral, et atteinte d'une longue suppuration, avait un mauvais état général, un organisme altéré en qui le microbe n'a été que la conséquence de cette déviation physiologique.

M. Cornil se borne à répondre à quelques-uns des faits invoqués par M. Peter contre la doctrine microbienne. La bénignité ou la gravité de la pneumonie qui semblent inexplicables à M. Peter par les microbes, le sont cependant facilement à condition qu'on ne confonde pas maladie infectieuse avec gravité : une maladie infectieuse n'est pas en effet fatalement mortelle; cela dépend beaucoup du milieu et des conditions différentes dans lesquelles les malades se trouvent placés. Un homme bien portant résistera mieux que celui qui est débilité; c'est une question de terrain. Chez l'un la pneumonie bactérienne restera bénigne, chez l'autre elle sera mortelle. Quant à l'action du froid, c'est une cause banale qui joue le rôle de cause occasionnelle. En ce qui concerne l'endocardite et sa localisation bactérienne, il est facile de répondre à M. Peter que la valvule battue par le sang constitue un point faible, un *locus minoris resistentiæ* qui appelle les bactéries répandues dans le sang des individus atteints d'une maladie générale. Il en est de même pour l'ostéomyélite; injectez du pus d'ostéomyélite à un lapin, fractionnez le tibia de ce lapin; c'est au niveau de la fracture que vous trouverez les colonies de microbes. Si d'une autre part l'état général suffisait pour créer les maladies infectieuses il devrait n'exister qu'une maladie infectieuse, toujours la même. Or, pourquoi tant de dissemblance au contraire? précisément parce qu'il existe des organismes différents.

Pour prouver que c'est l'organisme qui fabrique les microbes, M. Peter invoque les expériences de M. Béchamp; mais outre que M. Béchamp est seul partisan de sa théorie de la transformation des granulations en bactérie de la putréfaction, il est facile d'expliquer la présence des organismes de la putréfaction dans les tissus désorganisés de la plante par l'apport des germes de l'air et leur pénétration à travers l'épiderme de la plante. De plus, si la théorie de M. Béchamp était vraie, on n'aurait qu'une espèce de bactérie: or à l'heure présente il y a plus de cinquante variétés connues.

Du reste l'existence des microbes pathogènes n'est pas niable; ils ont été démontrés d'une façon indiscutable par M. Pasteur et ce n'est pas être dans la vérité scientifique que de leur refuser tout rôle et toute influence dans la pathogénie et l'évolution des maladies. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 janvier 1886. — Présidence de M. Cornil.

I — M. Babinski présente en son nom et au nom de M. Charrin des coupes de moelle offrant un type de *Sclérose combinée*. L'individu porteur de cette lésion avait présenté les symptômes classiques de l'ataxie, mais l'exagération des réflexes tendineuses et la contracture des membres inférieurs firent porter le diagnostic confirmé pour l'autopsie.

Les coupes diffèrent suivant le point de la moelle auquel elles appartiennent. Dans une coupe portant sur le renflement cervical, on observe une sclérose très accentuée des

cordons postérieurs, des cordons pyramidaux croisés, du faisceau de Turck et des cordons cérébelleux directs.

Au-dessus de ce point, le faisceau de Turck est moins atteint, ne présentant plus qu'une petite bande fine de sclérose ; au-dessous, au contraire, la partie sclérose est plus large, puis s'efface dans la région lombaire : ce fait d'élargissement de la lésion de haut en bas est contraire à ce qu'on observe dans les autres types de sclérose de ce cordon.

Dans les cordons postérieurs, il y a du tissu conjonctif très dense, très peu de corps granuleux, des vaisseaux à parois épaisses remplies de noyaux et il ne reste qu'un petit nombre de tubes à myéline : ces lésions sont plus marquées dans les cordons de Goll que dans les cordons de Burdach.

Dans le système pyramidal, il y a très peu de tissu conjonctif, les vaisseaux sont beaucoup moins altérés que dans les cordons postérieurs, il y a un grand nombre de corps granuleux, et il reste encore dans l'aire de ces faisceaux, beaucoup de tubes à myéline.

M. Babinski insiste sur ce point que cette observation, qui ressemble à celle de Kahles et Pick, est un des rares faits où l'on voit nettement une sclérose combinée, dans laquelle les différents cordons sont pris séparément, sans qu'il semble y avoir propagation inflammatoire de l'un à l'autre par l'intermédiaire de la névroglie.

2. Note sur le prolapsus du rectum par cancer de cet organe; par A. Broca, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté.

Le cancer peut occuper un point quelconque dans le rectum, et si la présence est fréquente en bas, là où le péritoine a cessé de recouvrir l'intestin, il n'est pas rare aussi qu'il envahisse des régions recouvertes par un revêtement péritonéal. Quand une tumeur bénigne, un polype quelconque siège à cette hauteur, elle peut aisément, par son poids, attirer en bas la portion de paroi sur laquelle elle s'implante et occasionner ainsi une invagination rectale, puis se présenter au dehors après avoir franchi l'anus. Cette complication n'est guère signalée pour les cancers élevés du rectum et en effet le mode d'accroissement des néoplasmes est ordinairement un obstacle à la production. Ces tumeurs ont tendance à gagner progressivement les tissus environnant la paroi intestinale est vite envahie et les feuillets péritonéaux irrités s'unissent par des adhérences qui immobilisent la masse morbide au moment où son poids serait suffisant pour entraîner l'intestin.

Ce n'est cependant pas constant et déjà M. Verneuil en a eu la preuve. A Lariboisière, il a observé une vieille femme atteinte d'accidents d'obstruction intestinale. Le toucher rectal fit constater une tumeur arrondie, mobile, qui dans les efforts descendait jusqu'à l'anus et s'insérait par un pédicule gros comme le pouce à la paroi antérieure de la région péritonéale du rectum. La tumeur fut enlevée à l'écraseur, et on vit alors qu'il s'agissait d'un épithélioma. Mais le pédicule était creux : il s'agissait d'une inversion rectale et l'opération avait causé à la séreuse une perte de substance arrondie, d'où péritonite stercorale mortelle.

Cette observation nous a été racontée par M. Verneuil dans une clinique (qui paraîtra très prochainement) à propos de la malade qui fait le sujet de cette communication.

Une vieille femme, en assez mauvais état, entre, vers le 15 décembre (service de M. Verneuil) à l'hôpital de la Pitié. Elle avait quelques phénomènes d'obstruction et dans ces derniers temps avait eu quelques hémorrhagies rectales sérieuses. Le ténesme était intense. Le toucher rectal révéla, à portée du doigt, l'existence d'une masse irrégulière certainement cancéreuse. Mais il détermina immédiatement un effort expulsif et, à la suite du doigt, la tumeur sortit de l'anus, confectionnée au point d'être noire : on vit alors une masse de la dimension d'une grosse pomme de terre, violacée, mollasse, semblant pédiculée et par conséquent, facile à enlever à l'écraseur.

M. Verneuil résolut d'enlever cette masse qui obstruait l'anus, mais il se souvint du cas observé par lui à Lariboisière et, rendu méfiant, il fit une *rectotomie linéaire préliminaire* ; alors la tumeur fut visible dans toute son étendue, grosse comme une orange, ulcérée en bas, et au-dessus d'elle apparurent tout autour les plis transversaux de la muqueuse rectale. Il y avait donc invagination rectale, et en effet, au centre du cylindre néoplasique on vit alors, à un examen attentif, un orifice irrégulier qui, au premier abord, avait passé inaperçu. Aussi, pour parer immédiatement aux accidents d'obstruction, M. Verneuil se borna à appliquer l'entérotome de Dupuytren sur la partie invaginée, espérant en outre obtenir ainsi des adhérences qui faciliteraient l'ablation ultérieure du néoplasme.

Cette ablation fut pratiquée quelques jours après, en circonscrivant la tumeur à sa base avec six ligatures. Cela devait empêcher toute communication entre la cavité péritonéale et la cavité intestinale.

Néanmoins la malade succomba en deux jours, sans avoir présenté une fièvre bien intense (38°,25), sans douleur abdominale nette. On trouva cependant à l'autopsie une péritonite stercorale et il y avait, en effet, une fissure entre deux des ligatures.

Le néoplasme enlevé siégeait à environ 25 centimètres de l'anus, sur l'S. iliaque par conséquent. Au-dessus du point opéré, et, naturellement, fortement retiré, le gros intestin était distendu par une quantité considérable de matière fécale.

Ainsi augmenté de volume, le côlon était en contact direct avec la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope gauche. La colotomie eût été d'une facilité extrême, et M. Verneuil nous a dit alors que, si un cas semblable se présentait de nouveau à lui, il pratiquerait d'abord l'anus iliaque et n'enlèverait la tumeur que quelque temps après. Le foyer traumatique serait ainsi soustrait, en toute sûreté, au contact des matières fécales.

La cause de la fissure qui a livré passage à ces matières dans le cas actuel peut être discutée : Il est possible que, lors de l'opération, une des ligatures ait été insuffisamment serrée. Il est possible aussi que, le calibre de l'intestin ayant été forcément retréci pour avoir été ainsi froncé entre six ligatures, les matières fécalos, assez dures, n'aient pu le franchir ; leur poussée aurait alors fait lâcher une des ligatures. Peut-être aussi ces deux mécanismes ont-ils agi de concert.

La pièce enlevée a montré avec une netteté absolue qu'il y avait un cancer annulaire ayant causé une invagination à un seul cylindre, et tout autour il y avait un cul-de-sac péritonéal libre de toute adhérence.

Voici l'*examen histologique* pratiquée par mon excellent collègue et ami Besançon.

Les coupes sont faites après durcissement par l'alcool absolu, de la tumeur fraîchement enlevée, et sont colorées par le picro-carmin et l'éosine hématoxylique.

A un très faible grossissement, on voit la muqueuse intacte en presque tous les points ; au-dessous, séparant la muqueuse de la tunique musculaire hypertrophiée, la masse de tissu morbide formée d'un stroma conjonctif et d'alvéoles irrégulières tapissées d'épithélium.

Si l'on examine les coupes dans leurs détails et à différents grossissements, on peut se rendre compte des particularités suivantes : Les glandes en tube de la muqueuse sont le siège d'un état catarrhal assez prononcé ; dans les colonnes intertubulaires on constate une infiltration considérable de cellules embryonnaires. Sur une coupe siégeant à la limite du mal, on observe uniquement cet état catarrhal des glandes, au-dessous la *muscularis mucosæ* intact, puis le tissu conjonctif sous-muqueux épaissi, infiltré de cellules lymphatiques et d'éléments jeunes.

Sur d'autres coupes, toujours perpendiculaires à l'axe de l'intestin, mais portant sur le tissu malade, on voit quelques culs-de-sac glandulaires s'allonger, devenir sinueux

et s'enfoncer dans le tissu sous-jacent. A ce niveau, la *muscularis mucosæ* est détruit.

Sur la plupart des points enfin, on ne saisit pas la continuité directe des éléments glandulaires normaux avec les tubes épithéliaux de la tumeur. La coupe alors semble formée de trois parties nettement séparées : la muqueuse. l'épithélioma, et la tunique musculaire.

Le stroma de la masse morbide est embryonnaire sur beaucoup de points, ce qui semblerait indiquer une évolution relativement récente de la tumeur. Dans ce stroma se dessine une grande quantité de tubes épithéliaux, limitant des alvéoles de formes diverses. Les unes, coupées en travers, sont régulièrement annulaires ; d'autres sectionnées en long, offrent l'aspect de tubes cylindriques ; beaucoup enfin sont irrégulières.

Sur quelques parties seulement de la tumeur, en particulier au niveau de la limite du mal, dans les parties les plus jeunes de la tumeur, on voit les cellules qui tapissent les tubes affecter un type franchement cylindrique. Presque partout ailleurs les éléments épithéliaux sont déformés ; la cavité des alvéoles contient des détritus cellulaires et de petites boules de matière colloïde. Sur quelques points du tube, on distingue encore des cellules cylindriques ; sur beaucoup d'autres. l'épithélium est polymorphe, avec de grosses cellules rondes ou polyédriques. des éléments vésiculeux ou ayant subi la dégénérescence colloïde.

En un endroit, la tumeur est ulcérée ; le revêtement glandulaire de l'intestin est détruit, et les tubes épithéliaux tortueux et déformés s'ouvrent à sa surface. Là, le tissu intertubulaire est franchement embryonnaire, et l'épithélioma tend à prendre le type villeux. Les veines sont distendues, comme normalement, en ce point du gros intestin. Nulle part on ne voit d'hémorrhagies. La tunique musculaire de l'intestin, au niveau des coupes, semble notablement épaissie ; elle est partout respectée par le processus néoplasique. A peine, dans ses parties les plus internes, voit-on entre les faisceaux musculaires une quantité anormale de cellules lymphatiques migratrices.

En résumé, il s'agit d'un cas assez banal d'épithéliome cylindrique du rectum, en voie d'évolution colloïde.

3. M. RAY. DURAND-FARDEL présente des pièces provenant d'un individu porteur depuis plusieurs années d'un *ulcère simple de l'estomac*. Il n'avait pas eu d'accidents graves depuis longtemps, lorsqu'il fut pris subitement de dyspnée interne et mourut en trois jours sans avoir eu de vomissements.

En ouvrant l'abdomen, on trouve un foyer de péritonite circonscrite, contenant des fausses membranes molles, séparées par du liquide citrin. Ce foyer est limité : par le diaphragme en haut, la paroi abdominale en avant, la limite du lobe gauche et du lobe droit du foie à droite, l'estomac et le colon transverse en bas. Le reste de la cavité péritonéale est complètement indemne. En soulevant le foie, qui adhère faiblement à la face antérieure de l'estomac, on trouve une perforation arrondie siégeant près de la petite courbure, et correspondant à un ulcère rond type, qu'on trouve sur la muqueuse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. DIEULAFOY fait une longue communication sur un cas de cancer de la plèvre avec pleurésie hémorrhagique, observé chez un jeune homme de 23 ans. Les points de cette observation sur lesquels l'auteur a surtout insisté sont les suivants : le malade entré fort dyspnéique avait un épanchement pleural gauche si abondant qu'on dut faire la thoracentèse d'urgence : on retira un litre de liquide hémorrhagique. L'état général restant assez bon on fut néanmoins obligé dans les 4 mois qui suivirent de faire 32 thoracentèses et de retirer ainsi 19 litres de liquide ; le cœur était très accéléré. 112 à 130 pulsations, jamais on ne découvrit de bacilles dans le liquide pleural. Après discussion le diagnostic ci-dessus fut posé. L'état général s'améliora encore et resta bon pendant neuf mois ; puis le malade baissa progressivement, s'émacia et mourut après 18 mois de maladie. A l'autopsie on trouva une masse cancéreuse du volume du poing sur la plèvre diaphragmatique ; des noyaux disséminés dans divers viscères, un entre autres dans la cloison interventriculaire et d'autres dans trois vertèbres lombaires.

M. DEBOVE, en son nom et au nom de M. Féréol, montre de nouveau l'hystérique sur lequel il a déjà fait une communication au mois de novembre Ce malade sortit de l'hôpital Andral en décembre, mais avant son départ M. Debove l'endormit, puis lui déclara que dans l'après midi il serait paralysé, ce qui ne manqua pas de se réaliser le malade étant alors dans la rue Il se fit conduire à la Charité ; et là à cause de la paraplégie bizarre qu'il présentait et de ses antécédents syphilitiques, M. Féréol émit l'hypothèse d'une affection médullaire syphilitique et le traita comme tel ; le résultat fut nul. On conçoit d'ailleurs la difficulté d'un pareil diagnostic, le malade taisant absolument ses antécédents hystériques et reproduisant dans sa paraplégie d'ordre suggestif précisément les diverses formes de paralysie qu'il avait pu observer à l'hôpital sur d'autres malades. Cet homme retourna alors dans le service de M. Debove qui l'endormit, lui affirma qu'il était guéri, ce qui eut lieu en effet dès qu'il fut réveillé. D'ailleurs, devant la Société, M. DEBOVE, sans endormir son malade, le rend sourd, ce qui permet de raconter son histoire devant lui sans qu'il l'entende, puis il lui paralyse les jambes et après quelques instants guérit de même cette paraplégie suggestive. Pour répondre aux objections de simulation possible, M. Debove endort le malade, lui persuade qu'une poudre jaune qu'il lui présente et qui n'est autre que de l'acide picrique a un goût sucré excellent, puis le réveille et le malade absorbe alors 10 centigr. d'ac. picrique, dont on connaît l'atroce amertume, en affirmant que « cela a un goût sucré analogue à la cassonnade. »

M. DUCASTEL fait une longue communication sur les avantages que présente pour le traitement de la variole l'emploi de la médication opiacée éthérée qu'il a proposée il y a déjà 4 ans. Il cite les observations concluantes de Tennesson, Dreyfus-Brissac, Pecholier, Rathery, Balzer. Cette médication consiste en ceci : administration quotidienne aux malades d'une potion contenant pour les femmes 0 gr. 15 centig. et pour les hommes 0 gr. 20 centigr. d'opium, puis deux injections sous-cutanées d'un gramme d'éther. Par ce moyen, on peut souvent obtenir l'avortement de l'éruption, la supprimer sur les muqueuses. Chez les vaccinés on peut diminuer souvent et même supprimer la phase de suppuration et chez les non-vaccinés la diminuer notablement. Les effets sont constants sans qu'il soit d'ailleurs nécessaire d'ajouter le perchlorure de fer ainsi que le faisait l'auteur au début.

M. BALZER admet également l'utilité et l'efficacité de ce traitement, mais il préfère employer l'éther sous forme de sirop

L. CAPITAN.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I Causes et prévention de la cécité ; par le professeur FUCHS, de Liège, traduit de l'allemand, par le Dr FIEUZAL.

I. Cet important mémoire de M. Fuchs, couronné par la *Society for prevention of blindness*, et dont M. Fieuzal nous donne une excellente traduction, vient à point pour remplir une lacune très regrettable dans la littérature ophthalmologique. C'est, sous une forme succincte et riche en faits, un excellent traité d'hygiène des yeux que consulteront avec profit les médecins et les autorités chargées de veiller spécialement sur la santé publique. Les considérations relatives aux causes diverses de la cécité, leur groupement méthodique et les moyens thérapeutiques qu'il en déduit décèlent chez l'auteur un esprit à la fois scientifique et pratique.

Nous donnerons rapidement un aperçu des différents chapitres traités, pour montrer aux lecteurs du *Progrès médical* quels fruits ils pourront retirer de la lecture de cet ouvrage.

Fuchs appelle aveugle celui dont la force visuelle est à ce point diminuée qu'elle le rend incapable d'apprendre aucun des métiers nécessitant l'usage appliqué des yeux. Or, il y a en moyenne, en Europe, 1 aveugle pour 1,000 habitants, soit 311.000 aveugles pour l'Europe entière. Ce qui constitue au bas mot, pour les différents Etats, une perte annuelle de 150 millions de francs. Et pourtant, une bonne prophylaxie et un traitement énergique et éclairé pourraient, d'après les meilleures statistiques, prévenir 40 p. 100 de cécités; mais il faut pour cela que l'on puisse exiger de tout médecin des connaissances suffisantes en oculistique pour pouvoir diagnostiquer à leur début les affections qui entraînent rapidement la perte de la vision, et qui sont faciles à guérir alors qu'on intervient promptement; telle l'*ophthalmie des nouveau-nés*, qui est une des causes les plus fréquentes de cécité; tel le glaucôme, qu'il est urgent de savoir reconnaître alors qu'il est encore facile de le guérir par une iridectomie. Il faut pour cela que le médecin ait suivi pendant un certain temps les cliniques ophthalmologiques, qu'il ait été initié à certaines manipulations courantes, telles que le retournement et la cautérisation des paupières, l'extraction de corps étrangers, le cathétérisme des voies lacrymales, etc. Il serait bon aussi qu'aux cours de médecine opératoire, il eût appris à faire certaines opérations sur les yeux, pour acquérir une plus grande dextérité manuelle et une certaine douceur dans les mouvements. Il devrait pouvoir décider si une opération est nécessaire ou non; s'il doit envoyer le malade à un spécialiste, il serait bon qu'il pût bien seconder ce dernier pendant l'opération.

Quant aux anomalies de la réfraction, quelques notions générales suffisent, car la détermination exacte de l'état d'optique de l'œil demande une étude trop prolongée et trop spéciale pour qu'on puisse l'imposer au praticien.

Le médecin consulté par les parents ou par les autorités sur des questions d'hygiène de la vue, trouvera dans l'ouvrage de M. Fuchs tous les renseignements qu'il pourra désirer : *causes de la myopie* ; *myopie congénitale* ; *myopie acquise*, augmentant avec les progrès de la civilisation et surtout avec le nombre des heures d'études ; circonstances qui favorisent le développement de la myopie ; hérédité ; myopie chez la femme ; nationalité, etc.; cécité consécutive à la myopie. — Pour la *prophylaxie de la myopie*, on trouvera énumérées les *mesures générales* concernant le local scolaire, l'*éclairage*, l'orientation des fenêtres et des bâtiments. L'éclairage d'en haut serait le meilleur, s'il était plus facile à obtenir ; venant de côté, il devra venir de gauche et d'assez haut pour que la lumière ne vienne pas trop obliquement ; l'orientation doit être telle que les rayons du soleil ne tombent pas sur les bancs de travail. Le *mobilier scolaire* doit varier avec l'âge et la taille des élèves pour faciliter l'attitude droite du corps.

L'écriture, la lecture, le dessin, le travail manuel sont étudiés en détail, tant pour les études en classe que pour le travail domestique. Chaque heure d'étude doit être séparée par un quart d'heure au moins de repos, et l'on devrait perdre moins de temps à écrire, surtout dans les classes élevées et les universités, où la sténographie devrait être obligatoire. — *Mesures contre la myopie existante* : utilité des verres, règlements des gouvernements et des villes pour la surveillance des écoles, médecins des écoles, tels sont les derniers chapitres de cette partie de l'ouvrage.

Quant à la prophylaxie ou à la thérapeutique des *maladies des yeux*, Fuchs donne tous les détails que comporte un cadre aussi restreint que celui qui lui a été imposé : 1° *Maladies des yeux d'origine héréditaire* : transmission des maladies constitutionnelles (syphilis, scrofulose, tuberculose, etc.), consanguinité des parents, rétinite pigmentaire ; législations relatives aux mariages consanguins ; maladies scrofuleuses des yeux, leur grande fréquence : bonne influence de l'air de la mer, colonies d'enfants pour les vacances, etc. — 2° *Maladies des yeux résultant des maladies générales*, trop souvent méconnues ou négligées par le médecin, parce que le malade ne se plaint pas. Dans les *maladies graves*, telles que le *typhus*, la *méningite*, le *choléra*, etc., il arrive que, pendant le coma, les paupières restant entr'ouvertes, le dessèchement de l'épithélium amène un sphacèle partiel de la cornée, qu'il aurait été si facile de prévenir par l'occlusion des paupières, par une bandelette de diachylum. — Dans la *variole* légère, on observe de la conjonctivite, tandis que dans les cas graves une pustule peut amener une perforation de la cornée, accident qui se produit aussi quelquefois dans la rougeole, la scarlatine, le typhus. L'inflammation du tractus uvéal est beaucoup plus rare ; la *choroïdite purulente métastatique* se montre dans les maladies pyohémiques, avec embolies septiques, surtout dans les affections puerpérales.

Les *maladies générales chroniques* telles que la *syphilis*, le *rhumatisme*, la *goutte*, l'*anémie pernicieuse*, l'*albuminurie*, le *diabète*, sont reconnues comme causes d'affections oculaires, aussi nombreuses que variées, pour lesquelles on doit s'aider des lumières d'un spécialiste, tout en s'occupant de l'état général.

Les *amblyopies toxiques* par abus du *tabac*, de l'*alcool*, ainsi que celle produite par l'*intoxication saturnine*, doivent être connues du médecin, qui devra attirer l'attention des intéressés sur la gravité de ces affections quand elles ne sont pas soignées à temps.

Mais à tous les points de vue, le chapitre le plus important de l'ouvrage de Fuchs est celui qu'il consacre aux maladies *contagieuses des yeux*, parmi lesquelles l'*ophthalmie des nouveau-nés* a la première place, tant par sa fréquence que par la gravité et le nombre considérable d'aveugles qu'elle produit. Depuis la découverte du *microbe spécifique* de cette conjonctivite, que l'on pourrait appeler *virulente* et que Fuchs appelle avec raison *blennorrhée des nouveau-nés*, car elle a toujours pour cause le *gonococcus*, que l'on ne rencontre nulle part ailleurs que dans le pus blennorrhagique, la prophylaxie et le traitement de cette affection se sont considérablement simplifiés.

Tout le monde est d'accord pour considérer le nitrate d'argent comme l'antiseptique spécifique de l'*ophthalmie virulente*. Il n'est plus permis aujourd'hui de laisser perdre un œil s'il est soigné dès le début par des cautérisations toutes les douze heures avec une solution de 2 0/0 de nitrate d'argent, ainsi que l'ont prouvé les résultats obtenus par M. Abadie avec ce traitement énergique.

Quant à la prophylaxie, on ne saurait trop recommander, au moment même de l'accouchement, les injections vaginales de solutions faibles de sublimé ou de nitrate d'argent (1 0/0). Après l'accouchement et le bain de propreté donné à l'enfant, il faudra lui laver soigneusement les yeux avec une solution saturée d'acide borique et instiller entre les paupières une goutte d'un collyre au nitrate d'argent à 2 0/0, et cela dans tous les cas où la mère aura été atteinte de leucorrhée : il est si difficile d'affirmer ou de nier la blennorrhagie chez la femme quand on n'a pas recherché les gonococcus! Dans les maternités, ce traitement prophylactique devra être appliqué indistinctement à toutes les accouchées et à tous les nouveau-nés.

Pour le *trachome* ou conjonctivite granuleuse, Fuchs recommande comme moyen préventif : d'abord une excessive propreté, puis l'isolement absolu des malades, ou, en tous cas, éviter l'encombrement et la promiscuité, cause si fréquente de contagion dans les casernements.

Mais nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur les détails pourtant si importants et si bien étudiés de l'ouvrage de M. Fuchs; nous les avons lus, pour notre part, avec un bien vif intérêt, et nous ne pouvons que remercier M. Fieuzal d'avoir fait connaître au public médical français, par une traduction claire et facile l'ouvrage si intéressant du nouveau professeur de l'Université de Vienne.

A. DARIER.

CORRESPONDANCE

Berlin, 12 février 1886.

Dans la séance du 10 février de la Société médicale Berlinoise, M. Th. Weyl a fait une communication *sur une nouvelle préparation de peptone.*

Les préparations du commerce sont faites avec de la viande, celle de M. Weyl s'en distingue par le fait qu'elle est tirée du lait; sa composition est en outre constante, car le mode de fabrication en est rigoureusement scientifique. La base en est la caséine qui a été précipitée et purifiée. Puis on procède à la peptonisation.

Les corps albuminoïdes ordinaires provenant des muscles, du sang, et la partie principale de l'œuf, sont peptonisés sous l'influence de la pepsine et de l'acide chlorhydrique de telle façon, qu'il se forme d'abord des produits intermédiaires qui sont chargés ensuite en peptones. La caséine subit un autre mode de transformation. Elle se divise en un corps qui n'est pas modifié ensuite par la digestion, la nucléïne, et en une partie, qui est une substance albuminoïde et fournit la peptone.

Cette peptone diffère extérieurement déjà des autres espèces de peptones, qui sont sirupeuses, tandis que celle-là est une poudre blanche, facilement soluble dans l'eau froide et donnant suivant le degré de concentration des solutions incolores, jaunes ou brunes.

La composition est chimiquement constante, mais le goût est mauvais, ce qui prouve son excellence, car ZUNTY a prouvé qu'une peptone est d'autant plus efficace que le goût en est plus désagréable. Il y a peu de peptones dans les préparations ayant bon goût. Weyl a dû ne pas chercher à obtenir un produit trop pur, que les malades refuseraient. Il a altéré artificiellement le produit par par addition d'extrait de viande. Voici en quoi le produit diffère des autres.

La peptone de Koch contenant 12, 13 grains de peptone, celle de Kemourich 37,0, celle de Weyl présente sur 83 gr. de substances organiques 68 gr. de peptone et 15 gr. d'extrait de viande.

Pour déceler la peptone, on ajoute au produit de la lessive de soude et une solution cuprique, et le liquide obtenu sera d'un beau rouge. Pour l'analyse quantitative, prendre du sulfate d'ammoniaque, la solution se troublera et la peptone se précipitera.

On sait que les albuminoïdes ne sont résorbables qu'une fois peptonisés: la peptone a donc de bonnes facultés nutritives. La préparation de Weyl a donc un nouvel avantage, car elle provient de la caséine et pas de la viande, d'où est tirée la gélatine.

M. SÉNATOR a employé l'ancienne peptone pure de WEYL, chez des convalescents : elle a été bien prise et bien supportée.

L. CASPER.

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la toux.

Par le Dr DELMIS.

Dans les affections de l'appareil respiratoire, la toux est le symptôme primitif et presque toujours constant dont se plaignent les malades. Elle peut présenter bien des modalités, mais elle est toujours pénible. Dans la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, etc., les malades supportent assez courageusement l'oppression, la fièvre et le point de côté; mais ce qui les fatigue, c'est la toux dont ils parlent et se plaignent sans cesse au médecin et dont ils demandent, avant toute chose, à être débarrassé au plus vite. C'est la toux qui, par sa continuité, la fréquence de ces accès, fait naître la plupart des complications de la coqueluche et des laryngites. Une simple bronchite catarrhale avec intégrité parfaite du tissu pulmonaire peut, sous son influence, devenir plus grave chez un malade affaibli.

Elle l'agite, le rend anxieux, empêche une nourriture suffisante et amène en fin de compte un amaigrissement progressif, et souvent la phtisie. Il est donc indispensable pour le praticien, de ne pas perdre de vue ce symptôme qui peut toujours devenir une redoutable complication.

Mais comment la combattre efficacement? M. Géraudel a résolu ce problème d'une façon aussi simple que pratique, en réduisant le goudron, dont l'incontestable efficacité dans toutes les affections des voies aériennes ne fait doute pour personne, à un état de division moléculaire tel que la température normale de la bouche suffit à le faire passer à l'état gazeux. Ces gaz se mélangeant à l'air inspiré vont modifier les muqueuses malades.

Les pastilles Géraudel agissent uniquement par les vapeurs de Goudron, qui sont ainsi portées directement jusque dans les plus petits ramuscules bronchiques. Elles ne contiennent du reste aucun autre agent médicamenteux : c'est ce qui les distingue nettement de la plupart des autres produits similaires, qui, pour produire un effet sédatif, contiennent en quantité plus ou moins considérable une substance narcotique quelconque, opium ou morphine. Aussi peuvent-elles être prises à toutes doses sans aucun inconvénient; elles ne produisent jamais aucun accident, même chez les enfants.

Ces pastilles agissent vite et bien. Elles donnent du repos aux malades et favorisent l'hématose en diminuant la fréquence des accès.

C'est un bon médicament dont les malades apprécient hautement la valeur, et qui tend chaque jour à se faire une plus large place dans la thérapeutique familière.

BIBLIOGRAPHIE

De la castration de la femme en chirurgie (opération d'Hégar ou de Battey); par Léon TISSIER. Thèse, Paris, 1885.

On sait que l'opération faite pour la première fois en 1872, à peu près en même temps, par Hégar et Battey, et qui porte le nom de ces auteurs, ou encore ceux d'*ovariotomie normale, d'oophorectomie*, de *castration*, consiste dans l'ablation des ovaires sains, ou peu altérés, dans un but thérapeutique. Devant l'engouement exagéré dont elle fut, dès le début l'objet à l'étranger, les chirurgiens français restèrent sur la réserve, et ce n'est que dans ces dernières années que l'opération de Battey a réellement pris droit de cité parmi nous. Le professeur Duplay la pratiqua le premier en France en 1880, et fut bientôt imité par d'autres opérateurs.

M. Tissier, ayant assisté son maître Duplay dans deux castrations, et ayant pu soigner et suivre les deux opérées, en a pris occasion pour faire des recherches personnelles, réunir une série de documents, et publier sur la question un excellent travail d'ensemble, rendu plus intéressant encore par la pénurie des publications françaises.

Après un historique détaillé, l'auteur insiste sur le rôle des ovaires; car « l'idée mère qui conduisit Hégar et Battey à la conception originale de leur opération est la connaissance de l'influence ovarienne sur tout l'organisme. » Malgré les faits récents opposés à la théorie de Négrier, Gendrin, Bischoff, etc., sur la concordance de l'ovulation et de la menstruation, cette corrélation reste établie en principe, et la suppression des ovaires doit provoquer la ménopause à bref délai. Or, la ménopause entraîne avec elle la régression et l'atrophie des organes génitaux, et par suite la disparition ou l'amoindrissement des désordres dont ils pouvaient être le siège.

L'indication capitale de la castration réside donc dans l'existence d'états pathologiques manifestement liés aux phénomènes menstruels. Mais l'opération ne devra être décidée qu'à de certaines conditions : ainsi, l'âge de la ménopause ne devra pas être trop prochain; — on aura épuisé tous les autres modes de traitement, et on n'interviendra que si la vie est déjà menacée ou compromise par des souffrances dont on ne prévoit pas le terme avant une longue échéance; — enfin, le chirurgien préviendra la

patiente des conséquences de l'opération, et n'agira qu'avec son contentement.

Arrivant d'une façon plus précise aux indications de l'oophorectomie, le Dr Tissier les divise ainsi :

a). *Dysménorrhée congestive.* Les métrorrhagies graves et incoercibles, mettant la vie en danger, et tout particulièrement celles qui sont liées à la présence de fibromes utérins interstitiels, sont justifiables de la castration qui donne alors d'excellents résultats. L'auteur publie le tableau de 171 opérations, sur lesquelles il n'y a eu que 25 morts : 14,6 0/0 de mortalité. Dans l'immense majorité des cas, les hémorrhagies cessent, les douleurs disparaissent et les tumeurs décroissent.

b). *Dysménorrhée obstructive.* Elle est due aux obstacles qu'apportent à l'écoulement menstruel les arrêts de développement des organes génitaux, les atrésies du vagin, du col de l'utérus, etc. ; souvent alors, il existe des douleurs intolérables, que rien ne peut calmer, au moment des époques ; souvent aussi une grossesse aurait des conséquences déplorables ; en pareil cas, on est donc en droit de supprimer la fonction menstruelle en supprimant les ovaires. Sur 19 castrations faites dans ces conditions, il y a eu 3 morts ; l'opération est un peu moins favorable que pour les fibromes.

c). *Dysménorrhée nerveuse.* Des névralgies irradiées excessivement douloureuses, accompagnées d'attaques convulsives ou de syncopes, se renouvelant manifestement à chaque retour menstruel, et souvent liées à des lésions inflammatoires chroniques des trompes ou des ovaires, réclament parfois l'oophorectomie, comme dernière ressource de traitement.

Telles sont les indications admises par le Dr Tissier, qui repousse la castration dans les cas d'hystérie vraie avec troubles menstruels, de nymphomanie, d'aliénation mentale, etc. L'opération, trop souvent pratiquée pour de telles affections, n'a donné que des résultats incertains ou négatifs. « Elle est, dit-il, inexplicable dans les troubles névropathiques ou mentaux, dangereuse et sans excuse dans les cas de pelvi-péritonite, criminelle dans la nymphomanie. »

Au point de vue opératoire, on devra toujours enlever les deux ovaires, sauf le cas où de trop grandes difficultés empêcheront l'ablation d'un de ces organes : une intervention ultérieure pourrait permettre de compléter la castration (Tait). L. Tait, qui fait jouer aux trompes un rôle considérable dans la menstruation, est d'avis qu'on doit enlever les trompes avec les ovaires ; on est, en tout cas, plus sûr de ne pas laisser de tissu ovarien dans l'abdomen.

On peut opérer par la voie vaginale, comme l'ont fait Battey, Sims, Gilmore, Goodell, en Amérique. Toutefois, malgré certains avantages que présente cette méthode, il ne faut pas oublier l'énorme difficulté qu'on a parfois à trouver les ovaires par le vagin, et l'obligation où l'on peut être mis de terminer l'opération par la voie abdominale, comme cela est arrivé à Goodell et à Hégar.

La castration hypogastrique est donc préférable ; c'est d'ailleurs celle qu'on pratique généralement. Dans des recherches faites sur des cadavres de Clamart, l'auteur s'est assuré que l'incision de la paroi abdominale devait avoir au moins de 8 à 9 cent. Deux ou trois doigts introduits, la face dorsale en arrière, vont chercher le fond de l'utérus, puis le bord supérieur du ligament large, et saisissent enfin l'ovaire qu'on reconnaît à une sensation spéciale. On s'efforce alors d'amener l'ovaire à l'ouverture de la plaie : ce temps présente parfois des difficultés assez considérables pour qu'on soit obligé de faire la ligature et de réséquer dans le ventre. Une fois les ovaires enlevés, les pédicules seront soigneusement désinfectés et réintégrés dans l'abdomen.

Parmi les suites accidentelles de la castration, on a signalé la péritonite, l'hémorrhagie, l'occlusion intestinale, complications heureusement rares, surtout si l'opération a été faite avec le plus grand soin et suivant toutes les règles de l'antisepsie. On a encore observé des accidents consécutifs moins graves, de légères poussées de pelvipéritonite, des parotidites, des attaques de nerfs de courte durée, etc...

L'ovariotomie normale a eu le sort de toutes les opérations nouvelles : pratiquée d'abord à l'excès, elle a été d'autre part l'objet de vives critiques. Le mérite du travail du Dr Tissier réside surtout dans la juste appréciation qu'il donne de cette opération et dans la prudence avec laquelle il limite ses indications. Sur le terrain où il la place, l'oophorectomie est inattaquable ; car elle est l'unique moyen de rendre la santé à des femmes dont la vie est menacée par de graves accidents auxquels une ménopause anticipée peut seule mettre un terme. Ch. Maygrier.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

18 may 1661. — *Les chanoines refusent de donner leurs lits* : Le Sr Perreau a dit que messeigneurs les evesques et autres prelats qui ont esté ci devant chanoines de ladite eglise de Paris refusent *de leur délivrer leurs lits*, comme ils sont obligez soit en soutenant qu'ils ne le doivent point, soit en demandant du temps pour y penser. Et cependant qu'il est à craindre qu'ils retournent en leurs diocezes, atendu qu'il y a eu ordre du Roy pour la closture et cessation de l'Assemblée du clergé. La Comp. a aresté qu'ils seront assignez au premier jour, pour faire délivrance desdits lits (*Reg.* 29, P. 103).

5 octobre 1663. — *Détournement de succession* : Sur ce que M. Perreau a dit que Catherine Langlois femme morte à l H. Dieu y a fait un testament par lequel elle fait quelque legs à l Hostel Dieu, mais le tout destiné pour *des annuels* et services et autres tels emplois pour la défunte. Que le Sr Cudefo y est nommé pour exécuteur, mais y a esté adjouté après coup, le testament aiant esté veu après le décès de la défunte auparavant que le Sr Cudefo y fut nommé exécuteur ; que la défunte a nombre de pauvres heritiers orfelins qui ont esté veus prezantement au Bureau. La Compagnie a declaré qu elle ne prend point d'interest audit legs ; et a esté remarqué que depuis quelque temps, les chapelains *de l Hostel Dieu font non seulement faire des dispositions testamentaires pour services à l Hostel Dieu qui tournent à leur profit, mais mesme vont à ceux qui doivent de l'argent aux defunts et le recoivent quand ceux qui le doibvent veulent bien le leur donner* (*Reg.* 31, P. 232).

12 octobre 1663. — *Spirituel. Plaintes* : Sur les plaintes faites au Bureau par M. Fornes des *paroles injurieuses et scandaleuses proferées contre l'honneur de la Compagnie*, par M. Boucher Me de l Hostel Dieu au Spirituel, l'afaire mise en délibération, la Compagnie a prie M. Perreau et Le Gendre d'en parler de leur Chef à M. de Lauzon un des directeurs spirituels de l'H. Dieu pour en faire rapport (*Reg.* 31, P. 236).

19 octobre 1663. — Raport fait par M. Perreau et le Gendre de la conférence qu'ils ont eu avec M. de Lauzon, l'un des directeurs spirituels de l Hostel Dieu au sujet des paroles proferées par M. Boucher Me de l Hostel Dieu au spirituel contre l honneur du Bureau, *et qu'au lieu de le blâmer, il a aprouvé ce qu'il a dit*, et s'est plaint que le Bureau ne tasche qu'a empiéter sur l'autorité de la direction spirituelle. L'affaire mize en delibération. La Compagnie a aresté qu'avant que de resoudre on en parlera à Mrs des Cours souveraines qui sont au Bureau. Savoir, Mr Le Gendre à Monseigneur le 1er President : Mrs Forne et Mgr le President de Longueil et Mr de Gomont à Monsieur de Sène (1) pour sur leur raport estre plus amplement deliberé. (*Reg.* 31, P. 239.)

20 octobre 1663. — Messeigneurs les premiers Présidents et le prevost des marchands envoient une deputation des administrateurs de l Hostel Dieu pour demander reparation aux maitres au spirituel. (*A suivre.*)

Bicuspides.

Avant de donner le caractère différentiel des *Bicuspides supérieures*, nous décrirons quels sont les caractères communs aux *Bicuspides en général.* Situées entre les *canines* et les *molaires*, ces dents, présentent une couronne irrégulièrement cylindrique, plus haute que large, aplatie latéralement, et dont le grand diamètre est *vestibulo-buccal.* Les faces *mesiales* et *distales*, sont plus ou moins planes. La face *vestibulaire* est plus large que la face *buccale.* Elles sont en outre toutes deux, plus arrondies et

(1) Prevot des marchands.

plus lisses que les faces *contiguës*. La face *triturante* est pourvue de deux *cuspides*, un externe, l'autre interne. L'externe est le plus saillant et le plus volumineux. Ils sont séparés par une rainure ou sillon à direction antero-postérieure.

Les racines le plus souvent uniques, quelquefois bifides, jamais trifides, présentent quand elles sont simples, sous leur longueur et de chaque côté un sillon très marqué; l'extrémité de ces racines se termine souvent par un apex en éventail. Les anthropoïdes présentent trois racines à leurs premières prémolaires supérieures, et deux à leurs inférieures.

B. — Supérieures — La couronne des Bicuspides supérieures, porte deux Cuspides plus saillants que celle des correspondantes inférieures. La rainure qui les sépare est d'autant plus profonde que les cuspides sont plus saillants. Les racines sont toujours composées de deux prolongements divisés ou réunis. Chez les premières prémolaires, les racines sont ordinairement bifides. Lorsqu'elles comportent cette division, chaque branche est cylindroïde et la plupart du temps, comprennent entre elles un angle assez aigu. Il est rare de les voir marcher parallèlement de leur point de naissance jusqu'à leur point de terminaison. La racine labiale est ordinairement la plus grosse. Le collet de la dent est comprimé latéralement. Les racines des bicuspides étant éminemment grêles, elles se fracturent facilement. Aussi ne faut-il point les extraire sans précaution.

Le davier destiné à l'avulsion de ces dents, est représenté (*fig.* 18). On voit la dent saisie par le davier. La position de la main est la même sur le davier que pour les opérations précédentes. Le mors de la branche femelle, ou mors interne, est spécialement recourbé pour pouvoir saisir la dent au collet, par dessus la couronne. Les deux mors sont suffisamment étroits du bec et assez creux pour

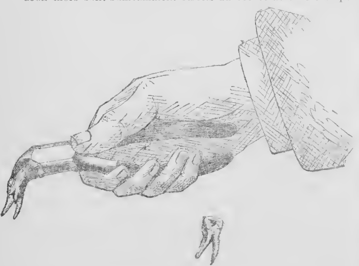


Fig. 18.

pouvoir s'appliquer sur le collet de la dent de telle sorte qu'aucun mouvement de bascule ne vînt à s'opérer au moment de l'extraction. La main de l'opérateur doit se tenir dans l'axe de la dent, lorsqu'il enfonce avec de légers mouvements de rotation les mors sous la gencive. Elle doit du reste conserver cette direction jusqu'à ce que l'instrument soit parfaitement en place, et la dent bien saisie. Quand les choses en sont là, au lieu de faire un mouvement de rotation de droite à gauche et réciproquement, comme pour les *incisives* et *canines*, on amène au contraire en dehors, la dent, en faisant un angle avec l'arcade dentaire, afin de détacher d'abord la racine interne, qui ne manquerait pas de se briser si l'on agissait autrement, puis l'on ramène ensuite la dent du côté buccal, et l'on n'a plus ensuite, une fois ainsi les connexions rompues, qu'à tirer l'organe à soi, dans l'axe et en bas.

Pour extraire ces dents, il ne faut aucune brusquerie. Si le mouvement en dehors est suffisamment prolongé l'opérateur sera tout étonné ensuite avec quelle facilité en produisant son mouvement de retour, il avulsera une bicuspide.

Tout mouvement de rotation doit être banni. Cela se comprend du reste, à cause de la division des racines qui se briseraient infailliblement.

S'il arrivait une fracture pendant l'opération, il faudrait s'assurer ensuite de la bifidité ou non de la racine. Celle-ci est-elle unique, avec la pince baïonnette dont nous avons parlé, il sera très facile de pénétrer profondément sous les bords alvéolaires et d'extraire le fragment. Est-elle au contraire bifide il faudra, avec la même pince, procéder à l'extraction de la racine externe d'abord, et l'on pourra ensuite sortir la racine interne. Dans ce dernier mode d'extraction, l'alvéole de la racine externe étant béant, si l'on éprouve quelque difficulté à introduire les mors de la pince pour saisir la racine interne, on prend entre les deux mors, la paroi alvéolaire palatine, et la paroi de séparation des deux loges alvéolaires. L'on est sûr de cette façon de ne rien laisser.

Choléra.

Choléra en Espagne. — Le choléra a éclaté dans la province de Huelva, en Espagne, dans un village de pêcheurs de l'île Christine; depuis le 6 novembre dernier, il y aurait eu 42 décès.

Choléra en Bretagne — Le choléra n'a point tout à fait disparu des cotes de Bretagne, mais y fait peu de ravages.

Cholera en Vendée. — Il y a plus d'un mois, on annonçait l'apparition de plusieurs cas de choléra aux Sables d'Olonne (Vendée). De deux lettres écrites il y a environ 8 jours à la *Gazette médicale de Nantes* par notre ami Viaud, médecin à l'Ile d'Yeu, on peut conclure que plusieurs cas de cholera ont été aussi observés récemment dans cette île; d'autre part, M. le Dr Canteteau (des Sables d'Olonne) déclare pour cette ville 15 cas depuis le 25 novembre dernier, dont 8 décès. La maladie semble avoir été importée aux Sables d'Olonne par un bateau breton, et à l'Ile d'Yeu par un petit caboteur venant des Sables; le patron de ce dernier bateau a été le premier atteint et a succombé le 15 janvier; une tante et une cousine germaine, qui le veillèrent, sont mortes le 25. Sa femme a été frappée le 25, mais est actuellement rétablie. La mère de la cousine germaine du premier malade, citée plus haut, est morte le 26; M. Viaud cite 2 autres cas bénins. Un grand nombre d'habitants du bourg ont de la diarrhée; on affirme qu'il est difficile de se méprendre sur la nature de la maladie relatée dans les observations de ce médecin. Aussi a-t-on pris toutes les précautions voulues.

Si l'épidémie prend de l'extension, gagne la cote vendéenne et se diffuse dans ce pays où les règles de l'hygiène la plus simple sont choses absolument inconnues, il ne faudra pas s'étonner du nombre des décès. Espérons que tout se bornera à quelques cas isolés dans l'île comme cela a eu lieu, il y a un an, dans l'autre île de ce département, à Noirmoutiers. Marc. B.

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS D'AGRÉGATION 1875, 1878, 1880. — *Section des sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques naturelles.* — *Questions posées* :

4° Sujets de thèses donnés aux concours suivants.

1875. Le système séreux. — La choroïde et l'iris. — Anatomie et développement des parties molles de l'oreille interne). — Le cristallin (anatomie et développement, régénération, usages. — Le protoplasma végétal. — Du siège des substances, etc., dans les plantes médicinales, les ferments figurés. — La série grasse et la série aromatique. — Principes de la classification des substances organiques. — Théorie physique de la vision. — Théorie physique de la calorification. — Théorie physique de la phonation. — Théorie physique de l'audition.

1878. Les bactéries. — La fécule. — Caractères communs et différentiels des animaux et des végétaux inférieurs. La membrane muqueuse des fosses nasales. — Structure des ganglions nerveux. — Les terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et la membrane muqueuse. — Structure des circonvolutions cérébrales. — Les terminaisons nerveuses de la peau. — L'osmose. — Des densités de vapeur au point de vue chimique. — Les uréides. — Principes azotés cristallisables de l'organisme.

1880. Rôle chimique des ferments figurés. — De l'analyse immédiate. — Influence exercée sur les réactions chimiques par les agents autres que la chaleur. — Synthèse des corps azotés. — Des transformations des matières albuminoïdes dans l'économie. — Hypothèses actuelles sur la constitution de la matière. — Parallèle entre les phénomènes chimiques dans les végétaux et dans les animaux. — Méthodes générales de transformation des corps organiques. — Vaisseaux et nerfs des tissus conjonctifs, fibreux séreux et osseux. — Poils et ongles : leurs organes producteurs. — Les nerfs du cœur. — Spermatogenèse et fécondation. — Développement des tissus cartilagineux et osseux. — Corps de Wolff.

1883. Lichens utiles. — Les galles utiles. — L'ergot, la rouille et la carie des céréales. — Les [illegible] nuisibles à l'homme. — Les algues [illegible]. — Les [illegible] utiles. — Les [illegible] utiles. — Développement de l'arbre broncho-pulmonaire; — de l'utérus et du vagin. — de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif; — du foie et du système porte abdominal; — de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif; — des cavités des moyens d'union des articulations; — du cœur et du péricarde. — de la colonne vertébrale; — de la vessie, de la prostate et du [illegible] de l'urèthre. — [illegible] des alcools. — Histoire des quinones. — Propriétés générales des phénols. — Histoire des amides. — De l'astigmatisme. — De l'emploi du cou-

rant électrique en chirurgie. — Emploi des verres correcteurs en ophtalmologie. — Effets des variations de la pression sur l'organisme. — Phénomènes physiques de la phonation.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Lutz, Hanriot — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Beclard, Vulpian, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon.

MARDI 23. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Panas, Duplay, Charpentier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Duguet, Hallopeau. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Peyrot ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Laboulbène, Grancher, Troisier ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Raymond.

MERCREDI 24. — 1er *de Doctorat* : MM Regnauld, Gautier, Blanchard. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Lannelongue, Le Dentu, Pinard.

JEUDI 25. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Panas, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. G. Sée, Peter, Hallopeau.

VENDREDI 26. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM Vulpian, Dieulafoy, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Guyon, Le Dentu, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Tarnier, Terrillon.

SAMEDI 27. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Richelot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier ; — 2e partie : MM. Ball, Cornil, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 24. — M. Bidon. Etude sur le syphilome hypertrophique aigu. — M. Longe. Le pouls puerperal physiologique. — *Vendredi* 26. — M. Langle. De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phenomènes psychiques (lésions de la volonté des auteurs). — M. Danson. De la conduite à tenir à l'égard des vaisseaux dans l'extirpation des tumeurs du pli de l'aine. — *Samedi* 27. — M. Drevet. Contribution à l'étude du pronostic de la présentation de la face ; statistique de la clinique d'accouchement 1852-1886. — M. Chisloup. De la paralysie cardio-pulmonaire dans la diphtérite.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 février 1886 au samedi 13 février 1886, les naissances ont été au nombre de 1320 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : legitimes, 497 ; illegitimes, 196. Total, 693. — *Sexe féminin* : légitimes, 452 illégitimes, 175. Total, 627.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 février 1886 au samedi 13 février 1886, les décès ont été au nombre de 1135, savoir : 609 hommes et 526 femmes. Les decès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoide : M. 6 F. 4. T. 10. Variole. M 4, F. 2, T. 6. — Rougeole M. 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M 5. F. 4 T. 9. Coqueluche : M. 2 F. 2 T 4. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 18, T. 40. — Dyssenterie M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 1, F. 2 T. 3. — Infections puerpérales : 7 — Autres affections épidémiques : M ., F , T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 24 F 21, T. 45 — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 80 T 198. — Autres tuberculoses. M 28, F. 15. T 43. — Autres affections générales : M. 26. F. 36 T. 62. — Malformations et débilite des âges extrêmes : M. 32, F 29 T. 61 — Bronchite aiguë : M. 20 F. 21, T. 41 — Pneumonie : M. 56, F. 56, T 112. — Athrepsie M 31, F. 23 T 54. — Autres maladies des divers appareils. M. 201 F. 189, T. 390. — Après traumatisme. M. ., F. ., T. . — Morts violentes M 15 F 6, T. 21. — Causes non classées M 12, F. 8, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36 ; illégitimes, 16. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 13 Total : 35.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Ce concours s'ouvrira le 1er mars 1886, à 5 h. du soir. Le jury se compose de : MM. Richet, président, Lannelongue, Panas, Tarnier, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris ; Terrillon, agrégé de cette Faculté ; A. Guérin, membre de l'Académie de medecine ; Hergott et Heydenreich, professeurs à la Faculte de médecine de Nancy. MM. Guyon, Lefort, Pajot, professeurs, et M. Humbert agrégé, sont juges suppleants. Liste des candidats, qui sont au nombre de 38 jusqu'à ce jour. — 1° *Accouchements* : MM. les Drs Auvard, Bar, Bossard, Bureau, Mayer, Olivier, Stapfer, de Paris, pour 1 place. MM Gerbaud et [illegible] de Montpellier, pour 1 place ; M. Rémy, de Nancy, pour 1 place. — 2° *Chirurgie* : MM. les Drs Barette, Bazy, Brun, Castex, Hache, Jalaguier, De La Personne, Marchand, Ménard, Michaux, Nélaton, Piequé, Poirier, Ricard, Routier, Schwartz, Tuffier, Verchère, Walther, pour 3 places à Paris ; MM. Denucé et Pousson, pour 2 places à Bordeaux ; MM. Augagneur, Gangolphe, Truc, pour 1 place à Lyon ; M. Forgue, pour 2 places à Montpellier ; MM Etienne, Leroy, Vautrin, pour 1 place à Nancy ; il y a en outre 2 places pour Lille.

CONCOURS D'AGREGATION EN MÉDECINE. — L'épreuve clinique est terminée. Les derniers candidats appelés ont été MM. Déjerine, Grenier, Brousse et Weill Les theses devront être déposées à la Faculté le 26 février à 5 h. moins 1/4. La première argumentation commencera le mardi 2 mars.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Ce concours pour deux places de stagiaire aux Eaux minérales, s'est terminé par la nomination d'un seul candidat : M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE. — Le cinquième Congrès de médecine interne se tiendra à Wiesbaden du 14 au 17 avril 1886. 1re séance, mercredi, 14 avril : Pathologie et thérapeutique du diabète sucré, par MM. Stokvis (Amsterdam) et Hoffmann (Dorpat) ; 2e séance, jeudi 15 avril : Sur le traitement chirurgical des exsudats pleurétiques, par MM. O. Fräntzel (Berlin) et Weber (Halle). 3e seance, vendredi, 16 avril : Traitement de la syphilis, par MM. Kaposi (Vienne) et Neisser (Breslau). Les communications suivantes sont encore annoncées : Du poids du corps, par Thomas (Fribourg et Brisgau) ; de l'indication de l'antipyrine, par Riess (Berlin) ; Des ptomaines, par Rieger (Berlin) ; Sur l'hérédité acquise des affections pathologiques, par Ziegler (Tubingen) ; Sur les modifications de la pression sanguine dans le ventricule, dans la narcose morphinique, par Fick (Würzburg).

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — MM Tourdes et Jacquemin, Bernheim, Heydenreich, Schlagenhauffen, sont nommés par la Faculté de médecine de Nancy au Conseil général des Facultes.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. SUCHARD (Eugène), répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes demeure délégué dans les fonctions de préparateur près la chaire d'anatomie générale au Collège de France, pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. VILLIERS-MORIAMÉ, agrégé près l'école supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, du 1er février 1886, au 31 octobre 1887, du cours complémentaire de chimie analytique à ladite école, en remplacement de M. Prunier appelé à d'autres fonctions. — M. MARIE (Théodore), licencié ès sciences, est nommé préparateur des travaux pratiques de 2e année à l'école supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Duffourc, demissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un concours pour l'emploi de suppleant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de medecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira, le 22 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. Un concours pour l'emploi de suppleant de chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen s'ouvrira, le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. MOUTIER, suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886. M. SIMON, ancien suppléant de pathologie, de clinique obstétricale et de clinique chirurgicale à l'école préparatoire de medecine et de pharmacie de Caen, est provisoirement maintenu dans lesdites fonctions.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. ALEZAIS (Marie-Jean-François-Henri), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à l'école de plein exercice de medecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Gauel, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour l'adjuvat d'anatomie.* Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 10 mai 1886, à midi et demi, a la Faculté de médecine de Paris. Tous les eleves de la Faculte sont admis à prendre part a ce Concours. Le registre d'inscription sera ouvert au Secretariat de la Faculte de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 15 mars au samedi 17 avril 1886 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1886 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1890. Pour tous autres renseignements, consulter le reglement, soit a la Faculté, soit a l'Ecole pratique.

Faculté de médecine de Paris. *Concours pour le prosectorat.* Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 29 mars 1886, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le Registre d'inscriptions sera ouvert au Secrétariat de la Faculté de midi à trois heures tous les jours, du jeudi 18 février au samedi 20 mars 1886 inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1886; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1890. Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

Faculté de médecine de Paris. — *Exercices pratiques de médecine opératoire*, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 16 mars 1886. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices sont obligatoires pour les Etudiants de 4e année qui doivent fournir un certificat pour prendre la 16e inscription. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. Conditions d'admission : 1° Les élèves de 4e année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1886 ; 2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1885-86 : Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 fr.); 3° Les élèves obligés, les docteurs et les élèves non obligés autorisés, devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (Bureau du chef du matériel), de midi à 4 heures, du 22 février au 13 mars. Après cette date nul ne pourra être admis.

Faculté de médecine de Paris. — M. Loviot, docteur en médecine, est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Stapfer.

Faculté des sciences de Paris. — Le 16 février, M. Grandeau a soutenu, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : *Action des sulfates à température élevée sur les phosphates métalliques.*

Faculté des sciences de Caen. — M. Morière, professeur à la Faculté des sciences de Caen, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Thierry (Louis), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie (emploi nouveau). M. Mathurin (Désiré-Henri-Louis), bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, des fonctions de préparateur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Lhomme, démissionnaire.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Rochet, aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé provisoirement des fonctions de prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Jaboulay, appelé à d'autres fonctions. — MM. Albertin et Condamin sont délégués, à titre provisoire, dans les fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de MM. Rochet et Vallas, appelés à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Lyon.. — Par décret, M. Bouchacourt, professeur de chirurgie d'accouchement, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite et a été nommé professeur honoraire.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, sans traitement, du 1er janvier au 31 octobre 1886, est accordé, sur sa demande, pour cause de service militaire, à M. Gombert, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. M. Abelous, aide de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Gombert, des fonctions de préparateur de physiologie à ladite Faculté. — M. Bertin-Sans, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1886, des fonctions d'aide de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier ; en remplacement de M. Abelous, appelé à d'autres fonctions.

Facultés étrangères. — M. le Dr Gaule est nommé professeur de physiologie à l'Université de Zurich.

Société de médecine de Paris. — *Prix Dupanque* : Ce prix, de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 fr., sera décerné en 1887, au meilleur mémoire, *manuscrit* et *inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie interne. Les travaux destinés au concours devront être parvenus au Secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1887, terme de rigueur.

Prix de la Société médicale d'Amiens. — Le sujet du concours pour l'année 1886 est la question suivante : *De l'emploi des anesthésiques dans les accouchements naturels.* — Le dernier délai pour le dépôt des mémoires est fixé au 31 mars 1886. — Pour l'année 1887, la Société a choisi pour sujet : *Influence de l'alcoolisme sur les maladies aiguës.*

Nominations diverses. — M. le Dr Balzer médecin du bureau central, est nommé médecin titulaire à l'hôpital de Lourcine. — M. le Dr Colson est nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement à Paris. — M. le Dr Lebourc est nommé médecin de l'état civil du XVe arrondissement, par arrêté préfectoral du 6 février 1886.

Récompense. — Le Conseil d'administration du Dispensaire de Lyon a nommé M. le Dr Patel, médecin honoraire de l'œuvre, et lui a décerné une médaille d'honneur pour ses services comme médecin titulaire du Dispensaire pendant dix ans.

Résection du pylore dans les affections cancéreuses. — M. Ratimow (de Saint-Pétersbourg), après avoir rappelé que cette opération a d'abord été pratiquée sans succès par M. Péan en 1879, puis avec succès par Billroth en 1881, publie une statistique comprenant 67 cas connus jusqu'à présent; il y eut 20 guérisons et 47 morts, soit 66 0/0 de mortalité. L'auteur attribue les insuccès, soit à une technique défectueuse, soit à ce que le processus pathologique était trop avancé M. Ratimow a opéré avec succès une femme de 57 ans, chez laquelle il attaqua 14 centim. de l'estomac au niveau de la grande courbure, et 10 centim. au niveau de la petite courbure.

Commission chargée de l'examen du projet de loi tendant à autoriser la concession gratuite au département de la Seine, de terrains domaniaux en Algérie pour l'organisation d'une Ecole professionnelle d'agriculture destinée aux Enfants assistés. — 1er Bureau : M. Lascombes ; 2e bureau : M. Duchasteint ; 3e bureau : M. Maillard ; 4e bureau : M. Thomson ; 5e bureau : M. Bourlier; 6e bureau : M. Tony-Révillon; 7e bureau : M. Yves Guyot ; 8e bureau : M. Suquet ; 9e bureau : M. Mathé (Seine); 10e bureau : M. Bourneville ; 11e bureau : M. Letellier.

Nécrologie. — M. le Dr Damon, (Saint-Just, Loire) ; — M. le Dr Verdret (Avenay); — Le Dr Baudin (Sampuis); Le Dr Spillmann (de Nancy), mort à 86 ans, père du Dr Paul Spillmann, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy. — M. J. Jamin, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, section des sciences physiques et naturelles, doyen de la Faculté des sciences de Paris, ancien professeur de physique à la même Faculté ; c'était un des physiciens les plus appréciés de notre époque. — M. le Dr Sortais (de Blain, Loire-Inférieure), ancien conseiller général de ce département. — M. le Dr Dumas, père, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Evers, professeur à l'Université de Leyde. — Le Dr Pleisch, privat-docent à Vienne ; — Le Dr Matzon, à l'âge de 79 ans, professeur d'anatomie pathologique à Kiew, et directeur de l'hôpital. — Le Dr Albert Roulet (de Neufchâtel, (Suisse), ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ophthalmologiste distingué ; il soutint sa thèse sur *l'asthénopie*. — M. le Dr Pitou (de Maule, S.-et-O.). — Le Dr Labatut (de Bordeaux). — M. le Dr Mac Carthy, médecin du Collège Irlandais à Paris et de l'hôpital Galignani. — Le Dr Johnston, né vers 1825 dans l'Etat de New-York, vient de mourir à Paris où il était venu se fixer en 1852. Il était correspondant du *New-York Times*. En 1870, il fut l'un des organisateurs de l'ambulance américaine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

Fauchon-Courty. — Du mal perforant. Brochure in-8 de 97 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Bitot. — La protubérance annulaire. Premier moteur du mécanisme cérébral, foyer ou centre des facultés supérieures. Br. in-8 de 55 pages. — Bordeaux, 1885. — Imprimerie A. Bellier et Cie.

Barth de Sandfort. — Climatologie de la station thermale et hivernale de Dax (Landes). Broch. in-8 de 16 pages. — Paris, 1885. — Imprimerie Gauthier-Villars.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. No 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 FÉVRIER 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme (*Suite et fin*) (1) ;

2e Leçon recueillie par M. le Dr MARIE, chef de clinique de la Faculté.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, ces deux hommes, Por... et Pin..., que je vous montrais tout récemment encore et pour la seconde fois, chez lesquels à la suite d'un traumatisme de l'épaule, s'était développée une paralysie hystérique du bras correspondant. Je vous ai fait voir que cette paralysie pouvait être reproduite de toutes pièces, chez des sujets plongés dans l'hypnotisme ; au moyen de la suggestion verbale ou bien encore au moyen d'une action traumatique légère portant sur l'épaule et constituant, si l'on peut ainsi parler, une véritable *suggestion traumatique*.

Mon sentiment est, Messieurs, que cet état hypnotique dans lequel la suggestion produit de tels effets, est assimilable, sur plus d'un point, à l'état, qu'en Angleterre on est convenu d'appeler du nom de *shock nerveux* (*Nervous shock*), par opposition au *shock traumatique*, avec lequel il se combine souvent d'ailleurs, mais dont il peut rester indépendant. Ce shock nerveux se produit quand survient une émotion vive, une frayeur, la terreur déterminée par un accident, surtout quand cet accident menace la vie, comme cela se voit, par exemple, dans les *collisions* de chemin de fer. Dans ces occasions il se développe souvent un état mental tout particulier, récemment étudié avec soin par M. Page qui le rapproche d'ailleurs très judicieusement à mon avis de l'état d'hypnotisme (2).

Dans l'un et l'autre cas, en effet, la *spontanéité psychique*, la *volonté*, le *jugement* étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles ; aussi la plus légère action traumatique, par exemple, portant sur un membre peut-elle devenir alors l'occasion d'une paralysie, d'une contracture ou d'une arthralgie. C'est pourquoi si souvent dans les collisions de chemin de fer, on voit suivant les cas survenir des monoplégies, des paraplégies, des hémiplégies simulant des maladies organiques, bien qu'elles ne soient autres que des paralysies dynamiques, psychiques, fort analogues pour le moins aux paralysies hystériques.

Je regrette de ne pouvoir m'arrêter plus longtemps sur le rapprochement que je vous indique entre l'état mental produit par le shock nerveux et celui qui caractérise la période somnambulique de l'hypnotisme, mais je crois en avoir dit assez pour exciter votre attention sur ce point et vous engager à en faire l'objet de vos méditations.

Pour retourner à notre homme atteint de coxalgie hystérique, vous avez parfaitement compris, Messieurs, que, dans mon opinion, la coxalgie de ce malade doit être interprétée suivant la théorie appliquée dans nos leçons du dernier semestre aux cas de monoplégie hystérique de cause traumatique (1).

Vous l'avez vu, en effet, la douleur peut être de même que la paralysie suggérée dans l'état hynoptique, soit au moyen d'une suggestion orale, soit au moyen d'un léger traumatisme, et cette douleur l'observateur peut à son gré la localiser sur une partie quelconque du membre.

Ainsi, de même qu'il y a des paralysies psychiques produites par ce que nous appelions dans une de nos dernières leçons, la *suggestion traumatique*, de même aussi il y a des coxalgies spasmodiques reconnaissant le même mécanisme. Notre scieur de long est un exemple de ce genre ; le traumatisme qu'il a subi a produit chez lui un shock nerveux et l'état mental correspondant à celui-ci. Sans doute la hanche a éprouvé un ébranlement, peut-être même une contusion plus ou moins prononcée, mais cette action locale n'a pas déterminé de lésions organiques sérieuses, et la douleur qu'elle a produite ne s'est développée, exagérée et définitivement établie sous forme d'arthralgie permanente qu'en raison de l'état psychique produit par le shock nerveux.

Telle est, Messieurs, la théorie que je propose : si j'ai un peu insisté sur ce point, c'est que le traitement en découle en quelque sorte tout naturellement. C'est d'une affection surtout psychique qu'il s'agit, c'est donc un traitement surtout psychique qu'il faudra mettre en œuvre. — Mais comment s'y prendre ? Nous savons, par les observations de divers auteurs, que ces arthralgies psychiques, soit d'origine traumatique, soit dépendant d'une autre cause, guérissent quelquefois tout à coup à la suite d'une émotion vive ou d'une cérémonie religieuse frappant vivement l'imagination. Malheureusement aucun de ces moyens n'est entre nos mains ; nous avons bien essayé de faire acte d'autorité, de persuader avec insistance à ce malade, au moment où il sortait du sommeil chloroformique, et alors que la douleur et la claudication s'étaient atténuées, qu'il était guéri ; mais je dois vous avouer que nous n'avons pas réussi. — Faudrait-il compter davantage sur l'influence d'une opération simulée, suivant le conseil de Hancock et de Barwell ? Je n'en suis pas convaincu. D'ailleurs, vous le savez, quand on emploie des moyens de ce genre, il faut être sûr de réussir, et faillir en pareille circonstance, ce serait nous compromettre en pure perte auprès du malade. — Quant à l'emploi des pratiques hypnotiques, qui peut-être nous fourniraient ici un puissant moyen d'action, notre homme ne veut absolument pas en entendre parler.

Depuis une douzaine de jours, notre malade a été soumis en un traitement fort simple consistant en ma-

(1) Voir *Progrès médical*, 30 janvier et 20 février 1886.

(2) We are... disposed to believe that the primary seat of functional disturbance lies in the brain itself, and that as in the hypnotic state... there is a temporary arrest in the function of that part of the sensorium which presides over and controls the movements and sensations of the periphery. (Page, *Injuries of the spine and nervous shock*, p. 207. 2e édit, Lond. 1885) ; — Voir aussi : Wilks « *on hysteria and arrest of cerebral action* » (*Guy's Hosp. Rep.*, vol. XXII, p. 35), et Tuke « *Influence of the mind upon the body*, p. 99. »

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 34, 37, 39 et 40, 1885.

nœuvres de massage. Jusqu'à présent ce traitement n'a pas été suivi de résultats définitifs. Néanmoins je veux vous rendre témoins de son application et vous faire constater les conséquences immédiates de ces manœuvres répétées chaque jour sur lui.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que Ch... est, dans l'acception rigoureuse du mot, hémianesthésique du côté gauche, à part certaines régions où la peau est non-seulement sensible, mais hyperesthésiée. Ces plaques d'hyperesthésie se voient en particulier au niveau du coude pour le membre supérieur, et pour le membre inférieur au niveau de la hanche et du genou; sur ces différents points le pincement de la peau provoque de la douleur et des phénomènes d'aura; cette hyperesthésie n'est d'ailleurs pas limitée à la peau qui recouvre la jointure, mais atteint également les parties profondes (capsule articulaire et synoviale); aussi la percussion du talon, celle du grand trochanter sont-elles suivies d'une vive douleur, de même que les différents mouvements imprimés au membre inférieur. Je vous rappellerai de plus que cette douleur articulaire est accompagnée de contracture des muscles qui meuvent la hanche, le genou et même le bassin, et que l'élévation du bassin ainsi produite est la cause du raccourcissement apparent de la jambe gauche.

M'étant donc décidé à essayer chez ce malade les effets du massage, je priai M. le Dr Gautier qui, depuis plusieurs années, s'occupe scientifiquement de cet agent, de vouloir bien nous prêter son concours; je le remercie d'avoir répondu à mon appel.

Nous lui avons laissé toute initiative à cet égard, et il va lui-même vous rendre témoins du mode opératoire qu'il a cru devoir employer. — Vous voyez que les pratiques qu'il met en œuvre consistent tout d'abord en un simple *effleurage* avec la main sur la fesse gauche du malade; peu à peu la main appuie plus fortement, et c'est alors un vrai massage profond. Il y a huit jours, le patient supportait mal ces pratiques, aujourd'hui il les supporte mieux; au bout de quatre à cinq minutes, vous le constatez, il commence à ne plus sentir la main qui le frotte, puis il accuse un engourdissement d'abord tout le membre; bientôt même « il n'a plus de jambe » dit-il; de fait tout le membre inférieur est devenu complètement insensible, les plaques d'hyperesthésie du genou et de la hanche ont disparu, on peut pincer la peau impunément. Mais de plus l'anesthésie a gagné les parties profondes, car on peut frapper sur le talon ou sur le grand trochanter sans réveiller la moindre douleur. Enfin, et ceci est d'un intérêt plus considérable encore, la contracture a disparu et l'on peut mouvoir toutes les jointures du membre inférieur gauche dans tous les sens, même avec quelque brutalité, sans rencontrer la moindre résistance et sans que le malade témoigne la moindre douleur. Maintenant encore, vous le voyez, nous pouvons, comme nous l'avons déjà fait pendant le sommeil chloroformique, constater que les jointures sont entièrement libres et mobiles, qu'elles ne sont le siége d'aucun craquement et qu'en un mot la synoviale et les surfaces articulaires sont absolument saines. Enfin toutes les notions de la catégorie du sens musculaire sont complètement abolies. [illegible], Messieurs, que nous avons, à proprement parler, transformé la coxalgie avec contracture en une paralysie hystérique flasque répondant véritablement au type le plus parfait.

Combien de temps vont persister ces phénomènes de paralysie? De une heure à une heure et demie environ; puis qu'adviendra-t-il? La douleur reparaitra dans la jambe, acquerra rapidement le degré d'intensité qu'elle avait auparavant et alors apparaîtront de nouveau la contracture et le raccourcissement apparent du membre. C'est donc un bénéfice bien fugace, j'en conviens, que jusqu'à présent nous retirons de ces séances de massage; mais il est un fait que je dois vous signaler: depuis deux ou trois jours le retour des douleurs et de la contracture n'est pas absolument intégral, le malade reconnait volontiers qu'à mesure que le nombre des séances s'accumule, les symptômes coxalgiques tendent à s'amender, et c'est là-dessus que nous comptons pour arriver à la longue au résultat désiré.

Nous comptons aussi, il est vrai, sur une autre circonstance dont je vais vous entretenir, quand le malade se sera retiré.

Cette circonstance est la suivante : l'affection dont souffre cet homme a, comme je vous l'ai dit, été contractée au service de la Compagnie d'un chemin de fer; celle-ci lui paye actuellement chaque jour à peu près la somme qu'il gagnait en travaillant; si ce subside venait à lui manquer, incapable de gagner sa vie comme il l'est aujourd'hui ce serait pour lui et ses sept enfants la plus horrible misère; aussi vit-il à ce sujet dans un état d'inquiétude perpétuelle, de dépression mentale qui est bien de nature à entretenir son mal, étant donné que celui-ci est, comme nous le pensons, surtout d'origine psychique. — Or, je crois savoir que l'Administration du chemin de fer est résolue à faire à Ch... une pension, sur laquelle il pourra compter à l'avenir. En conséquence, la situation mentale de notre malade sera, je l'espère, profondément modifiée, lorsqu'il n'aura plus toujours devant les yeux le spectre de la misère; l'état de dépression psychique dans lequel il vit ne tardera pas à disparaître, il deviendra plus facile de lui persuader que sa maladie n'est pas incurable, qu'elle peut et doit guérir, et que lui-même peut, s'il le veut fermement, concourir à sa guérison. — Ainsi, les pratiques de massage aidant, tout ira pour le mieux, du moins je l'espère.

Avant de terminer, je voudrais, Messieurs, retenir encore un peu votre attention sur les résultats obtenus chez ce malade par le massage. Sans doute vous ne supposez pas qu'un simple massage puisse produire des effets aussi accentués chez un sujet quelconque; certes nous savons qu'il peut à la longue amender et guérir des névralgies, des douleurs articulaires, etc..., mais déterminer, même temporairement, une véritable paralysie motrice et sensitive d'un membre, cela dépasse les mesures de l'ordinaire.

De quoi donc dépendent les résultats vraiment singuliers obtenus chez notre malade? — Je crois pouvoir affirmer qu'ils sont dus à la nature du sujet au *terrain*; c'est parce qu'il s'applique à un sujet hystérique que le massage a produit chez notre homme des résultats aussi accentués; on pourrait dire peut-être qu'ici le massage représente une sorte d'hypnotisme local. Je ferai valoir à l'appui de cette opinion que des pratiques analogues, appliquées chez deux femmes hystériques hémianesthésiques de mon service, ont donné des résultats tout à fait semblables; en moins de cinq minutes, en effet, nous avons produit chez elles sur le côté sensible une anesthésie de la peau, puis des parties profondes et enfin une paralysie motrice transitoire [illegible]. C'est là, [illegible] en faveur de l'existence de la névrose hystérique chez notre

malade; mais je crois vous avoir suffisamment convaincus sur ce point et ne veux pas insister davantage.

Je vous ai exposé les moyens que nous continuerons à mettre en œuvre pour parvenir au but que nous nous proposons d'atteindre ;— nos efforts seront-ils couronnés de succès? — je l'espère sans vouloir cependant l'affirmer, et je serais heureux si, dans quelques semaines, dans quelques mois peut-être, je pouvais vous présenter ce malade que nous venons d'étudier ensemble, avec quelque soin, guéri de l'affection dont il souffre depuis près de trois ans.

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT.

Du mutisme hystérique (*Suite*) (1);

Par le Dr A. CARTAZ ancien interne des hôpitaux.

Nous continuerons aujourd'hui l'énumération des différents cas observés par nous ou par d'autres auteurs :

Obs. IV. Larch... Sydonie, âgée de 19 ans, entrée à la Salpêtrière, service de M. Charcot, le 11 avril 1885.

Pas d'antécédents héréditaires ; pas d'antécédents personnels. Cependant la malade se plaignait souvent de douleurs dans la région ovarienne droite.

Le 9 avril à 10 h. 1/2 du soir, elle éprouve une grande frayeur (elle entre dans une chambre où se mourait une jeune fille). La nuit est agitée avec cauchemars. Le lendemain, à 6 heures du matin, la main droite laisse brusquement échapper le seau à ordures qu'elle descendait dans la rue; parésie du membre supérieur droit. Elle remonte se coucher. A dix heures, un médecin qu'on a appelé constata la perte absolue de la parole; la malade ne sait ni lire, ni écrire.

A son arrivée à l'hôpital, mutisme absolu; mais la malade comprend ce qu'on lui demande, au moins répond-elle par signes à des questions simples. La commissure labiale est un peu relevée au repos et surtout quand on la fait sourire : la langue semble un peu déviée à droite. La malade peut cependant facilement souffler une bougie. Sensibilité un peu émoussée du côté droit. Sens du goût et de l'odorat intacts. L'audition est un peu moins bonne à droite qu'à gauche : le tic-tac d'une montre est perçu à droite à 9 centimètres; à gauche à 34. Rétrécissement du champ visuel à droite. Pas de dischromatopsie.

Les réflexes du voile du palais sont peu prononcés [illegible] assez prononcé d'anesthésie du pharynx. A l'examen du larynx, on constate une intégrité parfaite de la muqueuse des diverses parties de l'organe : les cordes vocales sont dans l'abduction complète. Si l'on dit à la malade de pousser un son, de dire *a*, de crier, on voit les cordes vocales se rapprocher incomplètement, en laissant un espace ouvert ellipsoïde (défaut de tension du thyro-aryténoïdien). Il ne sort aucun son : la malade ne [illegible] plus parler à voix basse. Le mutisme est absolu. Il n'existe plus trace de la parésie du membre droit.

Le 24 avril, sans aucun traitement, le rétrécissement du champ visuel a disparu; le sens de l'ouïe s'est amélioré; la tension des cordes vocales se fait plus complètement et la malade dit : « et puis... non. »

Le 6 mai. La malade prononce quelques paroles. Il n'y a plus d'apparence de déviation de la bouche.

Cette observation peut prêter à la discussion et M. Charcot, au moment de l'admission de la malade, n'était pas disposé à voir là un cas d'hystérie, en raison des phénomènes de déviation de la bouche et de la langue. Aussi ne publions-nous le fait que sous réserves, bien qu'il nous semble rentrer dans la catégorie des manifestations hystériques.

Obs. V. — Gué..., entré à la Salpêtrière, service de M. Charcot.

La première attaque nerveuse eut lieu en septembre 1882. Depuis le mois de janvier 1885, les attaques ont été, ce qui ne se produisait pas auparavant, toujours suivies d'aphasie passagère. Ces attaques, très violentes, sont classiques (aura, perte de connaissance, période tonique, clonique. etc.). Quand le malade reprend connaissance, il ne peut plus parler; il pousse des sortes de gloussements qui viennent appuyer et confirmer les gestes par lesquels il exprime sa pensée ou ce qu'il écrit. Il comprend très bien ce qu'on lui demande et écrit nettement ses réponses. Ce phénomène dure un temps plus ou moins long, qui paraît en rapport avec la violence de l'attaque; la durée moyenne est de 4 à 5 minutes.

Cet état s'accompagne de phénomènes subjectifs : constriction de la gorge; à mesure que cette sensation de pression disparaît, le malade recouvre la parole.

Chez Gué.., pendant cet état de mutisme, la sensibilité réflexe du voile du palais est conservée, comme du reste à l'état normal.

Ce mutisme a eu des phases plus longues, de plusieurs heures et de plusieurs jours. A la date du 24 février 1885, une crise a été très violente, avec spasmes et accès de suffocation; l'aphasie a duré six jours. A diverses reprises, attaques, laissant du mutisme, qui se dissipe parfois après une nouvelle crise. D'autres fois, c'est spontanément que la parole revient; il sent que « quelque chose se relâche dans sa gorge ».

Obs. VI. — Lip..., entré à la Salpêtrière, service de M. Charcot; sculpteur, âgé de 20 ans. Le 16 juin, étant au restaurant, il a été pris tout à coup d'aphasie, en même temps que de surdité : il n'entendait plus ce qu'on lui disait. Cette surdi-mutité serait survenue à la lecture d'une lettre dans laquelle son père lui reprochait sa conduite et lui refusait de l'argent. A son arrivée à l'hôpital, il n'entend pas quand on lui parle tranquillement; mais si on parle fort et près de son oreille, il comprend. Il répond très nettement par écrit, soit en français, soit en polonais, aux questions qu'on lui pose par écrit, ou en parlant très haut. Pas de paralysie, pas de troubles de la sensibilité. Les mouvements de la langue et des lèvres se font sans difficulté. L'intelligence est intacte.

Le mutisme n'est pas absolu comme le jour où il a perdu la parole : il prononce *a*. *é*. Les jours suivants, il paraît présenter de l'amnésie motrice; on écrit devant lui Varsovie en français et en slave, il ne peut prononcer le mot d'une façon satisfaisante : il dit V[illegible] et Vava au lieu de Varchava. Au contraire, en écrivant, il montre très bien qu'il a parfaitement compris Varsovie; il répond, en écrivant, sans la moindre hésitation.

Ces phénomènes persistèrent pendant une quinzaine de jours, époque à laquelle la parole revint et la surdité commença à s'atténuer.

Je ne fais que résumer en quelques mots l'observation suivante d'aphasie hystérique chez une enfant de onze ans. On trouvera l'histoire détaillée de la petite malade dans la thèse du Dr P[illegible]niez. (*De l'hystérie chez les enfants*, thèse de Paris, 1885.)

Obs. VII. — [illegible], âgée de 11 ans, entrée à la Salpêtrière le [illegible] avril 1885, service de M. le professeur Charcot.

[illegible] des convulsions fréquentes : le frère de son grand-père était hémiplégique. Mère bien portante. Cousine [illegible] enfermée dans un asile d'aliénés. Frère ayant eu des convulsions.

[illegible] l'année [illegible] de février [illegible] convulsives, contracture, etc.. La voix s'affaiblit graduellement; à partir de ce moment, [illegible] devient [illegible]. [illegible] trois mois, elle ne prononce que quelques mots : [illegible]

Altération du goût, de l'odorat, rétrécissement du champ visuel [illegible]. La malade répond : Ah, oh, aux questions. Le 11 mai, à la suite d'une vive frayeur, elle crie : « Méchante, j'ai peur », et à partir de ce moment. la parole revient.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 7.

Obs. VIII.— (publiée par le Dr Thermes, *France méd.*, 1879, p. 290).

Mlle X..., âgée de 21 ans. Le 15 février 1876, à la suite de l'impression du froid humide, du moins au dire de la malade, elle fut prise de toux, et bientôt la voix ne tarda pas à se modifier dans son timbre et dans son intensité.... L'examen laryngoscopique (pratiqué par Isambert) ne révéla aucune lésion organique, ni aucun phénomène inflammatoire, et le diagnostic fut : paralysie des cordes vocales par défaut d'innervation des muscles du larynx et en particulier des crico-thyroïdiens. En conséquence, les courants induits furent conseillés et appliqués par Isambert lui-même. Mais, au lieu de l'amélioration habituelle et attendue, l'aphonie fit des progrès et dégénéra rapidement en mutisme. Les médicaments les plus variés furent employés : révulsifs, bromure.... Rien n'y fit.

..... Durant un traitement par les bains thermo-résineux, nous eûmes le loisir d'examiner Mlle X..., et certains symptômes subjectifs et objectifs nous firent penser à un mutisme greffé sur une hystérie à forme non convulsive ou plutôt à une hystérie dont une des manifestations avait envahi la région laryngée et, en particulier, les muscles tenseurs des cordes vocales. Il y avait donc paralysie du pneumogastrique dans la portion laryngée et, dans l'espèce, paralysie des filets moteurs du laryngé supérieur.

L'examen laryngoscopique, fait à ce moment (février 1877) par Krishaber, révéla que la corde vocale gauche était immobilisée, que le bord libre occupait la ligne médiane et divisait l'aire glottique comme la perpendiculaire dans un triangle isocèle. L'aryténoïde correspondant n'opérait plus ses mouvements de rotation sur son axe. La corde vocale gauche paraissait plus courte que l'autre, à cause de sa laxité et parce qu'elle était masquée par l'aryténoïde. Le pharynx était légèrement hyperémié.

Prescription : hydrothérapie. A la première séance, cri de surprise; le mutisme est changé en aphonie incomplète. Après une dizaine de douches locales et générales, l'aphonie disparaît peu à peu, si bien que quinze jours après la première douche, la voix a repris son timbre et son intensité habituels.

..... Sous l'influence de l'émotion causée par une chute, attaque convulsive, au sortir de laquelle la voix était reperdue, le mutisme revenu complet. Ceci se passait en 1877.

La famille s'adresse à un pseudo-médecin. Au bout de ce temps (février 1878), le mutisme est toujours complet. Hydrothérapie comme la première fois, même résultat. Mlle X... pousse un cri et la voix est instantanément retrouvée; mais ce n'est que momentanément. Cependant, au mutisme a succédé l'aphonie incomplète; il y a du chuchotement, et les mots arrivent affaiblis et sourds jusqu'à l'oreille, mais sont nettement perçus. L'amélioration va progressant jusqu'à guérison, et la malade, au moment où l'auteur publiait son observation, n'avait pas eu de rechute depuis dix mois.

Obs. IX. — (Liouville et Debove, *Progrès médical*, 26 fév. 1876). — Jeune fille de 18 ans, hystérique, d'une santé habituellement excellente. Sa mère a de grandes attaques. Une sœur, agée de 13 ans, a des attaques fréquentes et depuis deux mois, elle est prise d'un tremblement que plusieurs médecins ont qualifié de chorée hystérique. Le père lui-même est très nerveux.

Jusqu'à ces dernières années, l'hystérie ne s'était manifestée que par des attaques incomplètes. Il y a 18 mois, la malade fut péniblement impressionnée par des discussions et des scènes violentes qui eurent lieu entre son père et sa mère; c'est à ces chagrins domestiques qu'elle fait remonter, et probablement avec raison, l'origine de ses accidents. Vers ce moment, en effet, elle devint aphone, ne put plus parler qu'à voix basse, et, dans l'espace de deux mois, l'aphonie devint du mutisme; dès lors elle ne put même plus émettre un son. Dans la maison qu'elle habitait, on l'appelait la muette. Elle communique avec les personnes qui l'entourent au moyen d'une ardoise sur laquelle elle écrit ce qu'elle ne peut dire. La malade est entrée plusieurs fois à l'hôpital. Tous ceux qui l'ont examinée ont été d'accord sur le diagnostic de paralysie hystérique des muscles du larynx. Divers traitements ont été suivis sans succès.

Le 10 novembre 1875, elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu. Elle n'a pas de boule hystérique, pas d'hémianesthésie, pas de troubles des organes des sens. Les ovaires et particulièrement l'ovaire gauche sont douloureux à la pression. En un mot, en dehors des troubles laryngiens et de la douleur ovarienne, la malade ne paraît présenter rien d'anormal.

La paralysie laryngée n'est pas seulement une paralysie du mouvement; elle est aussi une paralysie du sentiment. On peut promener le doigt dans l'arrière-gorge, chatouiller l'épiglotte, sans provoquer de mouvements réflexes, sans que la malade en éprouve aucune gêne, L'examen laryngoscopique, pratiqué par le Dr Moura, fit constater une paralysie des cordes vocales; celles-ci font un mouvement presque imperceptible lorsque la malade cherche à émettre un son.

La compression de l'ovaire amena quelques accès d'une toux sèche, puis quelques cris étouffés. Enfin, la malade put articuler ces mots d'abord d'une voix presque imperceptible : « Vous me faites mal. » Les jours suivants, la compression fut continuée (cinq à dix minutes chaque séance) l'émission du son devint plus distincte et la malade cessa d'être muette; elle n'était plus qu'aphone, elle pouvait parler, mais à voix basse et pour ainsi dire en soufflant ses paroles.

Obs. X.— (Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 10 nov. 1882).—X..., atteint à diverses reprises de crises hystériques avec délire, contractions irrégulières de la face,etc...; à certains moments, X... n'est plus agité, mais ne peut parler; il correspond par écrit avec les personnes qui l'entourent et répond ainsi aux questions. La crise finit par céder, le sommeil survient sous l'influence de fortes doses de chloral et de morphine.

Obs. XI.—(Sevestre. *Soc. méd.des hôp.*, 1882).—Halz..., âgé de 22 ans, entre le 14 avril dans le service de Sevestre pour une paralysie du bras gauche survenue brusquement la veille. Il a déjà eu en 1870 et 1874 deux attaques subites de perte de connaissance, en 1877 des troubles passagers de la vision, des amauroses fugitives qui se répétèrent en 1880. Il y a deux ans, après une de ces attaques de cécité, il devint aphasique pendant huit jours ; la parole revenant, la vue disparait, et ainsi à plusieurs reprises.

Le 12 avril, il est pris d'une attaque d'aphasie ; il est ainsi jusqu'au lendemain, puis brusquement recouvre la parole, mais s'aperçoit que son bras gauche est inerte. Le 14, on constate cette paralysie avec hémianesthésie gauche incomplète ; le lendemain la paralysie disparaît. Pas de dyschromatopsie.

Du 14 au 28 avril, le malade continue à présenter cette alternance de phénomènes passagers.

Obs. XII. — (Sevestre, *ibid*). — G... Léon, âgé de 25 ans, sujet à des crises qu'on peut arrêter en comprimant le testicule. A la suite d'une de ces attaques, le malade fut pris de contracture occupant tout le côté droit du corps; en même temps, il était dans l'impossibilité de parler, bien qu'ayant conservé l'intégrité parfaite de l'intelligence. Après quelques jours cependant, et progressivement la parole revint et la contracture cessa.

Obs. XIII. — (Sevestre, *ibid.*) — Chez un infirmier de son service qui consulte M. Sevestre pour des douleurs de ventre, on constate une hémianesthésie droite ; la peau, la conjonctive, la muqueuse nasale sont insensibles. Le malade raconte que trois mois environ après le début de cette hémianesthésie, un matin en s'éveillant, il tomba à terre, sans perdre connaissance, mais resta 48 heures sans pouvoir parler.

Obs. XIV. — (Wilks. *Diseases of the nervous system*, 1883, p. 463). — Jeune fille de 22 ans, gardant le lit depuis plus d'une année pour une affection de la moelle. Six mois avant de prendre le lit, elle avait eu de temps en temps des impossibilités de parler (speech had begun to fail) et depuis un an elle n'a pu prononcer un seul mot. Elle répond par des signes de tête et en écrivant sur une ardoise. Wilks, consulté pour cette malade, crut reconnaître un cas d'hystérie et promit la guérison si la malade voulait venir à l'hôpital. Après un premier refus, elle se décida et Wilks lui parlant avec sévérité menaça de dévoiler son imposture en public. On lui retira son ardoise, elle se mit alors à remuer les lèvres, comme si elle ne pouvait parler. Après bien des efforts, et des séances d'électricité, on

arriva, au bout de la semaine, à lui faire dire oui, non, à voix basse. La voix revint peu après, et la paralysie des jambes disparut également d'une façon complète.

Obs. XV. — Wilks, *ibidem*, p. 465). — Femme de 28 ans, gardant le lit depuis 4 ans et demi. Elle avait eu des nausées, des douleurs dans les jambes ; un jour, en voulant quitter le lit, elle a perdu l'usage de ses jambes. Durant ces quatre années, les symptômes ont souvent varié, paralysie des mains il y a 15 mois. Depuis dix mois, elle ne peut plus parler ; la perte de la voix a été subite; elle communique avec les personnes de son entourage en écrivant sur une ardoise, Tous les traitements ont été essayés sans succès. Elle entre dans le service du Dr Wilks le 7 avril 1886. Comme dans le cas précédent, par la persuasion morale et par l'électricité, on arriva à la guérir. Pendant une séance de faradisation, le 24, elle s'écria : Oh ! dear ! yes. Elle put ensuite parler lentement et recouvra la parole d'une façon complète. La paralysie des jambes disparut plus lentement.

Obs. XVI. — (*Revue de la Suisse romande*, 1883 ; obs, 2 du mémoire de Revilliod). — Homme de 48 ans, admis à l'hôpital cantonnal, comme sourd-muet et paralysé du côté gauche. Il ne sait ni lire, ni écrire. Paralysie complète du mouvement et du sentiment du côté gauche, sauf à la face qui, quoique insensible, n'est pas déviée. Le bras droit est animé d'un mouvement rhythmique choréiforme presque continuel. Pendant que le bras exécute ce mouvement, la jambe est au repos complet. Mais essaie-t-on de chatouiller n'importe quelle partie de la moitié droite du corps, la jambe droite répond par un tremblement clonique épileptoïde très prononcé. Une légère percussion du tendon rotulien produit le même résultat. Vue presque nulle à gauche, normale à droite. Surdité complète des deux côtés. Mutisme absolu.

Au bout d'une quinzaine de jours de traitement tonique et de séances d'électrisation, on constate que le tremblement spontané du côté droit a diminué. Du côté gauche, apparaissent quelques mouvements volontaires. Enfin, un beau jour, après une séance d'électrisation, le malade se met à pousser des hurlements de joie, accompagnés d'un rire sauvage. Peu à peu l'ouïe reparaît. Lorsqu'on lui crie très fort dans l'oreille, le malade manifeste qu'il a entendu, puis il chuchotte quelques mots à voix basse. En même temps, les mouvements et la sensibilité reparaissent du côté gauche. Bref, un mois après son entrée, le malade parle à voix basse, mais assez distinctement pour donner des renseignements.

Après avoir eu des crises épileptiformes, il serait resté hémiplégique depuis 1869, et serait devenu sourd-muet depuis 1878.

Obs. XVII. — (Revilliod, obs. 3 du Mémoire.) — Femme de 47 ans qui, sans avoir l'habitus hystérique, souffre depuis une dizaine d'années, presque continuellement des manifestations de cette névrose, vomissements incoercibles, toux, enfin, mutisme avec douleur sternale et rachidienne. Ce mutisme a reparu à quatre reprises, durant de deux mois au minimum, à six mois au maximum, époques pendant lesquelles la malade ne pouvait tirer la langue, ni même ouvrir la bouche.

La perte et le retour de la voix ne se sont jamais produits brusquement. La phonation allait au contraire peu à peu en diminuant, avant de se suspendre tout à fait, de même qu'à l'approche de la guérison, les mots revenaient lentement, péniblement, d'abord très rares, par monosyllabes, puis de plus en plus nombreux et distincts.

Obs. XVIII. (Paralysis of the larynx, par H. A. Johnson (Chicago), *N. York med. Journ.*, 14 nov. 1885). — H. B..., célibataire, âgée de 24 ans. Pas de changement dans la forme ou la structure du larynx. Les cordes vocales sont dans la position cadavérique. Santé bonne sous tous les rapports, menstruation normale, appétit bon. Traitée par le fer, la strychnine ; on lui prescrit de vivre autant que possible à l'air libre. On appliqua aussi les courants faradiques et galvaniques, les derniers interrompus. Aucune de ces mesures n'a amené de changement dans les fonctions de l'organe. Après quelques mois, elle partit pour l'Est, puis de là en Europe, où elle consulta un grand nombre de laryngologistes, qui prescrivirent le même traitement par la strychnine, l'électricité et les toniques.

Ces moyens avaient été de nouveau employés dans la pensée que dans de nouvelles conditions et entre des mains plus habiles, ils pourraient réussir. Après avoir visité la Californie et la région méridionale de notre pays, la malade partit de nouveau pour l'Europe et alla passer un hiver en Egypte. A son retour, elle se confia aux soins du Dr Hughlings Jackson, de Londres, qui eut la bonne fortune de l'entendre parler, après cinq ans de silence. Pendant trois ans, elle n'avait pas même pu parler à voix basse, chuchottée. Les cordes vocales étaient restées dans l'état décrit jusqu'à son retour d'Angleterre. A ce moment, elle parlait par moments à voix haute, mais pendant une partie du temps seulement. A l'examen, je trouvai que dans l'effort de phonation les apophyses vocales se rapprochaient, mais qu'il persistait une ouverture triangulaire en arrière, en d'autres termes qu'il y avait une paralysie des aryténoïdes, laissant un espace au travers duquel l'air s'échappait, rendant la phonation difficile et par moments produisant l'aphonie complète. De cette époque à ce jour, c'est-à-dire plusieurs années, il y eu des périodes de quelques jours et accidentellement d'une semaine au plus, où la malade ne pouvait parler qu'à voix chuchottée. Elle est et a toujours été bien portante, mais elle est d'un tempérament lymphatique et se fatigue aisément. J'ai pratiqué à plusieurs reprises l'examen du larynx dans ces dernières années, sans trouver de modifications dans l'état de cet organe.

Il ne peut y avoir de doute qu'il s'agisse là d'une aphonie hystérique. L'intérêt du fait réside dans la continuité du trouble fonctionnel qui a résisté à tout traitement jusqu'à la visite de la malade au Dr Jackson.

Le traitement du Dr Jackson n'a pas différé beaucoup de ceux qui avaient déjà été essayés. On ne trouve aucune trace de dérangements utérins ou d'autres organes, qu'on rencontre ordinairement dans ces cas.

Obs. XIX. — (Communiquée par mon ami le Dr Chauffard). — L..., Léonie, domestique, âgée de 28 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié le 27 mars 1885. Mère très nerveuse; père hypochondriaque. Il y a deux ans, la malade a eu de violents chagrins, puis une fausse couche. C'est à partir de ce moment que la voix a commencé à changer graduellement de caractère.

A son entrée, l'aphonie est complète; la malade chuchotte à peine. Aucune douleur à la pression du larynx; anesthésie assez prononcée du pharynx. Signes de phthisie commençante pulmonaire. La malade est très nerveuse, pleure sans motifs et entre dans des accès de colère violents.

Points hystérogènes au-dessous et en dehors du mamelon gauche, ainsi que dans la région ovarienne correspondante. Hémianesthésie complète à droite.

L'examen laryngoscopique ne révèle aucune lésion, ni paralysie, ni contractures. L'application du miroir est facile; les cordes vocales sont blanches, parfaitement mobiles.

Peu après son entrée, survient un mutisme absolu; au troisième jour, on fait une séance d'électrisation ; dès la seconde séance, la malade crie avec vigueur, et les jours suivants, la voix et la parole reviennent; il faut à la malade un certain effort; l'articulation ne devient nette qu'au bout de quelques jours.

Obs. XX. — Demme (*Wiener med. Blätter*, 18 déc. 1884). — L'auteur procédait à une opération du tendon d'Achille pour un pied bot chez une petite fille de 6 ans, sans anesthésie. L'enfant était, avant l'opération, gaie, jouant avec sa poupée et causant avec sa mère et son père. Au moment de la section du tendon, elle poussa un cri perçant, et à partir de ce moment, on ne put tirer d'elle aucune parole. Cela dura huit jours, pendant lesquels, ayant retrouvé tout son entrain, elle répondait par signes quand on lui parlait. Le matin du neuvième jour, elle prononça « mamma » et le répéta trente ou quarante fois. Le quatorzième jour, son vocabulaire s'était enrichi des mots « papa, béb, schlassen, tiniken » ; le dix-huitième jour, elle en prononçait d'autres, et depuis, tout est rentré dans l'ordre.

La lecture de ces observations que j'ai rapportées un peu longuement, montre, qu'à peu de chose près, tous ces cas de mutisme sont identiques et présentent

les caractères principaux suivants : début soudain, impossibilité de crier et de parler, conservation parfaite de l'intelligence, retour de la parole avec bégaiement pendant un certain temps. (*A suivre*).

ANATOMIE

Trajet du nerf radial autour de l'humérus (1);

Par L.-H. Farabeuf.

Je mets sous vos yeux un humérus normal et vous en montre à la fois la face postérieure et le bord externe, en y faisant jouer la lumière presque horizontalement, pour dévoiler les moindres accidents de la surface de l'os.

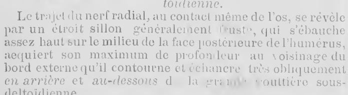


Fig. 10. — Face postérieure de l'humérus droit.

L'éminence ou empreinte deltoïdienne saute aux yeux, ainsi que la gouttière oblique sous-jacente où l'on peut obliquement coucher et loger le doigt. Cette gouttière dite de torsion parce qu'elle donne une apparence de torsion au corps de la plupart des humérus, occupe la face externe de l'os et ne se prolonge nullement sur la face postérieure. Elle en est séparée par le bord externe, déprimé il est vrai relativement au relief deltoïdien, mais parfaitement reconnaissable et destiné à l'insertion du muscle vaste externe. Elle est remplie à l'état frais par le muscle brachial antérieur qui s'y insère : on n'y trouve ni la terminaison de l'artère humérale profonde ni le nerf radial. Elle ne mérite donc pas le nom de gouttière radiale ; et comme la torsion du corps de l'humérus est, à mon avis, une simple apparence, je qualifie la gouttière, *sous-deltoïdienne*.

Le trajet du nerf radial, au contact même de l'os, se révèle par un étroit sillon généralement fruste, qui s'ébauche assez haut sur le milieu de la face postérieure de l'humérus, acquiert son maximum de profondeur au voisinage du bord externe qu'il contourne et échancre très obliquement *en arrière* et *au-dessous* de la grande gouttière sous-deltoïdienne.

(1) Communication à la *Société anatomique*.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique ophtalmologique s'ouvrira le lundi 19 avril 1886, à dix heures du matin. Le chef de clinique nommé entrera en fonction le samedi 1er mai 1886 pour deux ans. Traitement annuel 1000 francs.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le professeur [illegible] est nommé pour trois ans doyen de ladite faculté.

Faculté des sciences de Lyon. — Conformément à l'article 6 du décret du 25 juillet [illegible], le [illegible] de la Faculté des sciences de Lyon est autorisé à accepter [illegible] ment, une parcelle de terrain située à [illegible], pour servir à l'installation d'une station [illegible], annexe de ladite Faculté.

Hôpitaux de Marseille. — Le Conseil municipal de Marseille a voté [illegible] crédit de [illegible] francs [illegible] [illegible]

BULLETIN DU PROGRÈS MÉDICAL

Le projet de l'unification des soldes : Solde des Écoles.

Dans son projet, déposé le 9 février à la Chambre des députés, M. le Ministre de la guerre a supprimé, sans bruit, sans phrase, le tiers en sus de la solde accordée aux Écoles. En ce qui concerne la médecine, le seul côté dont nous voulions nous occuper ici, il en résulte que l'école du Val-de-Grâce serait encore fort malmenée par cette nouvelle mesure. Nous disons encore, car depuis quelque temps les journaux militaires politiques et scientifiques ont signalé les graves inconvénients résultant de décisions récentes prises au sujet de la médecine militaire : Exercice du professorat au Val-de-Grâce limité par le bon plaisir des bureaux et, par conséquent, défense tacite d'arriver aux Sociétés savantes, Académies, etc. Suppression d'un certain nombre d'emplois de professeurs et d'agrégés. Enfin, la diminution de la solde, dite des Écoles, préparerait sûrement le vide dans le recrutement futur des professeurs, si elle n'entraînait de suite des démissions. Nous désirons démontrer que cette mesure n'est justifiée par aucune considération légale ou rationnelle.

M. le Ministre, dans les quelques lignes qui précèdent le tableau des soldes, établit, dans un langage tout spécial, « que le dévouement à la patrie assurant l'unité morale de l'armée, les pouvoirs publics consacrent cette unité en substituant aux privilèges des corps la même rémunération pour les mêmes services. » Or, nous demanderons tout d'abord si, dans l'armée, l'officier sorti des rangs, qui n'a pas su s'élever par son travail à la hauteur de ses camarades sortis des Écoles, rend les mêmes services que ces derniers. Nous avons toujours pensé que le progrès de la République était de permettre à toute intelligence supérieure de s'affirmer et de montrer sa puissance, même au point de vue militaire, sur les privilèges anciens, immérités et stériles.

Dans l'espèce, et pour revenir au Val-de-Grâce, il ne saurait être soutenu que les services rendus par le personnel enseignant soient de même nature que ceux des médecins des régiments ou des hôpitaux. A l'École du Val-de-Grâce, en effet, est adjoint un hôpital où les professeurs et les agrégés remplissent d'abord leurs fonctions ordinaires de médecins traitants ; puis, en dehors de ce service quotidien, ils ont en outre charge d'un enseignement près des jeunes docteurs aides-majors stagiaires, enseignement consistant en cours, conférences, exercices pratiques d'un niveau scientifique élevé, puisqu'il s'adresse déjà à des auditeurs munis du diplôme de docteur délivré par les Facultés. Cette simple considération démontre donc d'une façon bien évidente que le service au Val-de-Grâce est double, et que, partant, la rémunération doit être proportionnelle.

Nous n'apprendrons rien en disant que ces fonctions d'enseignement sont acquises par ceux qui les remplissent, grâce à un concours qui a toujours été des plus sérieux ; et que la victoire dans cette lutte constitue un titre de la plus haute valeur dans le monde scientifique et dans l'armée, quoi qu'en aient dit des candidats malheureux.

Or, le programme de ce concours comporte comme condition cette indemnité de solde dont le ministre propose aujourd'hui la suppression. Nous pensons que la plus minime justice exige l'accomplissement intégral du contrat, qui ne peut être déchiré sans faute grave d'une des parties. Si, pour les nominations ultérieures, M. le Ministre veut modifier le programme, une loi peut autoriser cette nouvelle disposition; mais, pour les faits accomplis, un décret ne saurait avoir d'effet rétroactif.

Il existe, dit-on, des abus nombreux dans les Écoles; la solde « par d'inconcevables prétentions » a été étendue à tout le personnel : des officiers au simple soldat. A cette généralisation il existe peut-être des motifs solides : c'est qu'en effet dans les Écoles qui montrent l'exécution du service militaire, et où tout doit être bien fait, les plus humbles serviteurs sont appelés à fournir une moyenne d'intelligence, de dévouement qui n'existe pas dans le service ordinaire. Au Val-de-Grâce, par exemple, pense-t-on que les exercices d'anatomie, de médecine opératoire, en été, puissent être exécutés sans le secours, dans les travaux de propreté, d'infirmiers habitués à pareille besogne et jouissant d'une haute paye, laquelle ne suffit pas toujours à les préserver d'horribles accidents d'infection par les piqûres ou les contages virulents.

Mais enfin, dirons-nous, s'il y a eu abus, si vous avez accordé cette solde spéciale à des officiers, et à un personnel ne participant en rien au service de l'enseignement, à qui la faute, sinon aux bureaux de la Guerre. Et alors la punition que vous méritez serait infligée aux fonctionnaires qui exécutent véritablement double besogne, et qui remplissent une mission de confiance dont le privilège leur est confié au concours! Le raisonnement pour supprimer ce droit acquis paraîtra au moins singulier.

Tous les professeurs, dira-t-on, ne sont pas nommés au concours, et le ministre donne d'emblée le titre de professeur à des officiers qu'il peut d'un instant à l'autre replacer dans le rang; enfin ces derniers dans les Écoles ne remplissent pas leurs fonctions de véritables officiers de troupe.

Soit : nous ferons encore remarquer que le mode de nomination ne doit pas leur être imputé et que si le ministre nomme professeurs certains officiers, c'est qu'il est fixé sur leur mérite. Mais tel n'est pas le cas pour l'École de médecine militaire [illegible] les médecins [illegible] font [illegible] leur [illegible] de [illegible] les [illegible] de [illegible] et remplissent [illegible] leurs [illegible] les [illegible] dans l'enseignement médical.

Si [illegible] la solde était acceptée, il en résulterait, pour les professeurs et agrégés du Val-de-Grâce, qui ont conquis leur [illegible] à préparer [illegible] des épreuves difficiles, et qui jouissent déjà d'une certaine notoriété médicale, il en résulterait, disons-nous, une infériorité de solde comparée à celle de leurs collègues des régiments [illegible] de posséder un diplôme. La récompense d'un travail que le Gouvernement doit toujours encourager, car il est la meilleure garantie de la santé des troupes, cette récompense se traduirait par une diminution d'appointements.

Cette démonstration par l'absurde suffit, croyons-nous, pour juger la question et pour prouver aux auteurs du projet que si des abus ont été commis, il faut les arrêter; mais que la solde des Écoles doit être conservée aux officiers qui font réellement double service. Si vous croyez nécessaire d'établir un concours pour certains emplois exigeant un niveau plus élevé de connaissances, et des aptitudes spéciales, il est juste d'attribuer à ceux qui font preuve des qualités requises un tarif plus élevé comme récompense de ce travail.

Quoi qu'en dise M. le Ministre, en ce temps de vie pénible, « *si l'allocation en plus de quelques centaines de francs ne peut être la mesure exacte du mérite des officiers* », elle sert précisément à niveler les différences de fortune; et à force de diminution sur les appointements des pauvres, l'existence dans le rang ne sera bientôt plus permise qu'aux fils de millionnaires, aux privilégiés de l'argent. Ce n'est pas, nous le croyons, le but qu'il s'est proposé dans le nouveau tarif des soldes; mais c'est le résultat fatal des réductions incessantes de l'indemnité pécuniaire de l'officier. Cette position ne sera bientôt plus abordable qu'à l'aristocratie de l'argent.

Pour conclure, nous demanderions, afin de donner cependant satisfaction aux idées d'économie inspiratrices du projet, et pour remédier aussi aux abus signalés, que « la solde spéciale dite des Écoles » soit réservée et maintenue au seul personnel enseignant, à l'exclusion de tout autre : officiers ou soldats. BOURNEVILLE.

Assistance publique : insuffisance de lits; impéritie de l'Administration.

L'Administration de l'Assistance publique a soumis hier à son Conseil de surveillance une demande à l'effet d'être autorisée à installer 212 lits dans les *baraquements* d'Aubervilliers. Le Conseil de surveillance a émis un avis favorable. Il est à regretter que, pour faire face aux besoins impérieux des malades, il n'ait pas mis l'Administration en demeure d'ouvrir *sur le champ* le *pavillon Moïana* à l'hôpital Saint-Antoine. Ce pavillon est *tout à fait terminé* depuis près de 15 mois. On y a installé alors les cholériques! Il suffirait, l'épidémie étant terminée, de le faire désinfecter, opération facile [illegible] quelques semaines, pour y placer des malades. Les lits et le mobilier sont installés. [illegible] rien, ne s'oppose à ce qu'on y reçoive des malades; que M. Peyron aille vérifier lui-même nos [illegible] et il verra que, seuls, le caprice et l'impéritie de [illegible] secrétaire général M. Brelet, qui veut, en dépit [illegible], s'y opposent! En présence de [illegible] le Conseil municipal a le devoir d'exiger que ce pavillon soit [illegible] *immédiatement* à la disposition des malades.

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté du ministre [illegible] la chaire [illegible] de la Faculté [illegible] de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

Société anatomique de Paris. — M. [illegible] le 5 [illegible] 18[illegible], à [illegible] rue [illegible] chez M. [illegible], 1[illegible], rue de Rennes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 février 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. M. Duval remet une note de M. Laulanié sur le développement des tubes séminifères.

M. Retterer présente un appareil thyroïdien complètement ossifié recueilli chez un homme, et sur lequel il est facile de reconnaître toutes les pièces décrites par G. Saint-Hilaire.

M. Dupuy montre un chien auquel il a enlevé les centres moteurs et qui a survécu sans présenter de phénomènes paralytiques.

MM. Doléris et Butte exposent les résultats de *recherches chimiques et expérimentales sur l'éclampsie* qui ont porté sur cinq malades. Chez les quatre premières éclamptiques. les auteurs ont trouvé dans l'extrait éthéré du sang repris par l'eau acidulée, une substance cristallisée de nature inorganique au moins en partie, soluble dans l'éther et dans l'eau acidulée, insoluble dans l'eau, très peu soluble dans l'alcool et qui ne se comporte pas comme les ptomaïnes vis-à-vis de certains réactifs colorants. Ces cristaux sont toxiques et peuvent tuer assez rapidement, même à dose presque infinitésimale, des rats et des moineaux. Ces derniers passent par une phase d'excitation à laquelle succède une période de somnolence et meurent au bout de cinq ou six heures.

Chez la cinquième éclamptique, les cristaux n'ont pu être décelés. Le dosage de l'urée dans le sang a donné chez les cinq éclamptiques : 0,037 0/0, 0,028 0/0, 0,017 0/0, 0,025, et enfin pour la dernière, chez laquelle on n'a pas vu les cristaux, 0,046 0/0. Ces chiffres montrent que l'accumulation d'urée dans le sang, à part dans le dernier cas, est trop légère pour qu'on puisse lui attribuer un rôle dans la pathogénie de l'éclampsie.

M. Babinski présente une note sur un cas d'*atrophie musculaire d'origine cérébrale avec intégrité des cellules des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs.* Il a pratiqué dans le service de M. Charcot l'examen nécroscopique d'une femme qui avait été atteinte d'une hémiplégie droite avec atrophie prononcée des muscles du côté paralysé et a constaté ce qui suit. Dans le centre ovale de l'hémisphère gauche, foyer de ramollissement. Dans la moelle, sclérose descendante, les cellules nerveuses des cornes antérieures se présentent à peu près sous le même aspect et en nombre égal des deux côtés de la moelle. Les racines antérieures des 5e, 6e, 7e, 8e paires cervicales et 1re dorsale, les nerfs médian et cubital sont semblables des deux côtés. Les muscles du côté malade sont très atrophiés, les fibres sont très grêles, leurs noyaux bien plus nombreux qu'à l'état normal, le tissu conjonctif épaissi et infiltré de cellules adipeuses. Les nerfs intra-musculaires paraissent sains. M. Babinski conclut de cette observation que, contrairement à l'opinion régnante, une lésion cérébrale avec dégénération descendante, peut amener une atrophie musculaire analogue à l'atrophie consécutive à une section de nerfs : sans que les nerfs soient dégénérés, sans que les cornes antérieures soient nettement altérées.

M. Peyrou a étudié l'absorption de l'hydrogène sulfuré par la peau. Il a constaté en outre que ce gaz s'éliminait [illegible] par l'intermédiaire de l'exhalation pulmonaire et que la plus grande quantité se fixait sur les tissus. Il conclut enfin de ses recherches qu'il n'est pas un poison du sang et que contrairement à l'opinion admise, il ne se fixe pas sur l'hémoglobine.

M. Dastre s'étonne des conclusions de M. Peyrou, car tout le monde sait que l'hydrogène sulfuré désoxyde l'oxyhémoglobine. C'est une expérience de cours des plus ordinaires. M. Peyrou a dit que le sang conservait dans ces cas sa capacité respiratoire, mais ce n'est pas là un argument, car le sang putréfié la conserve aussi. C'est dans l'analyse spectroscopique qu'il faut chercher la solution du problème et celle-ci n'est pas douteuse.

M. Gréhant, qui a assisté aux expériences de M. Peyrou, dit que la mort peut survenir avant que le sang n'ait été altéré par le gaz.

M. Laborde dit qu'il a montré le premier que l'hydrogène sulfuré tuait par action bulbaire avant que les phénomènes circulatoires ne se fussent montrés. Toutefois, il s'associe aux observations de M. Dastre.

M. Dubois dit que chez les insectes qui n'ont pas d'hémoglobine, la mort arrive encore plus vite que chez les mammifères.

M. Gley complète sa précédente communication sur les filets salivaires de la corde du tympan. L'excitation du bout central d'un nerf périphérique et celle du bout central du sympathique abdominal produisent la salivation. Le réflexe suit donc une double voie. En coupant la racine bulbaire du trijumeau, on le supprime ; c'est donc cette racine qui fournit les filets sécréteurs à la corde du tympan.

M. Poncet constate que l'expérimentateur n'a pas tenu compte, dans la circonstance, des relations de la corde du tympan avec le glosso-pharyngien, le ganglion d'Andersch et les filets du sympathique.

M. Gley répond qu'il peut peut-être exister en dehors de la racine du trijumeau d'autres filets salivaires.

Gilles de La Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 février. — Présidence de M. Trélat.

M. Constantin Paul donne lecture d'un rapport sur le concours Vulfranc Gerdy.

M. le secrétaire perpétuel lit une *note* de M. Béchamp *relative à une assertion de* M. Gautier *dans la discussion sur les ptomaïnes.*

M. Marc Sée fait une communication sur un point d'anatomie du poumon. Le réseau capillaire des vésicules pulmonaires forme une immense nappe sanguine, dont l'étendue n'est évaluée qu'approximativement dans les auteurs classiques. Ses recherches lui ont permis d'arriver à une précision plus grande et il estime l'étendue de la surface respirante du poumon à 130 ou 135 mètres carrés ou 90 fois la surface du corps.

M. Collin (d'Alfort) fait observer que ces évaluations ont été faites depuis longtemps par Hallé dont les recherches ont porté sur l'homme et les animaux.

M. Verneuil n'eût pas pris part à la discussion sur les ptomaïnes et les microbes. si l'hypothèse du *parasitisme latent* qu'il a émise, n'eût trouvé des incrédules et des contradicteurs. Il se tiendra à l'écart du débat principal, quelque intérêt et quelque importance qu'il ait pour lui; on sait en effet que, depuis 1869, M. Verneuil s'est toujours montré disposé à reconnaître aux maladies générales deux origines principales : 1° l'invasion de germes étrangers venus du dehors; 2° l'adultération du milieu interne par les déchets de la nutrition ; on sait encore qu'il a poussé si loin l'étude des états constitutionnels dans leurs rapports avec les traumatismes qu'on a pu, dans certains cas, lui en faire un reproche. Ses idées générales sur la non-spontanéité des maladies sont donc assez connues pour qu'il ne rentre dans le débat qu'à un point de vue tout particulier. Son seul but en prenant la parole est de justifier la théorie du *parasitisme microbique latent* auquel il fait jouer un grand rôle dans la pathogénie des maladies infectieuses. Il désigne ainsi un état pathologique caractérisé par l'existence, en divers points de l'économie, de microbes pathogènes pouvant rester inactifs ou en disponibilité pendant des années, jusqu'au jour où une cause occasionnelle leur permet de se manifester.

Chez la malade, la cause de l'épidémie citée par M. Le Fort, la cuisse fistuleuse. recélait depuis un temps indéterminé un agent infectieux, peut-être celui de l'érysipèle, et, sous l'influence du trauma génital voisin, il y a eu auto-inoculation donnant naissance à une lymphangite infectieuse. Telle est l'interprétation simple et naturelle que

donne M. Verneuil ; elle est en rapport avec ce que chacun sait sur le mode de contagion de certaines maladies, telles que la tuberculose et l'érysipèle que l'on peut héberger en soi sans en souffrir, mais qui peuvent à un moment donné vous envahir et aussi être portées et distribuées à autrui. Si, chez le malade en question, l'on suppose un chirurgien se blessant le doigt dans l'exploration de la fistule et contractant un panaris infectieux, n'arriverait-on pas à conclure à la présence dans la fistule d'un agent septique et infectieux? Or, pourquoi refuserait-on d'admettre l'inoculation de l'agent infectieux latent par la déchirure vulvaire.

« En un mot, dit M. Verneuil, la paysanne était *toxifère* sans être intoxiquée : mais étant *intoxicable*, elle s'est d'abord *auto-intoxiquée* à la faveur d'un trauma pour fournir ensuite du poison et intoxiquer les autres.

« Aussi, partant de ces principes, et, sans invoquer soit une transformation, soit une création microbienne que mes collègues ne peuvent pas prouver, soit une déviation des actes de la vie dont ils ne nous indiquent ni les causes, ni la nature: moi, simple microbiste ou modeste pastorien, sans gravir les hauteurs de la médecine traditionnelle, et, me contentant de combattre un ennemi connu, j'aurais agi de la façon suivante, si je m'étais trouvé dans les mêmes conditions que la sage-femme de la Ferté. En présence d'une femme enceinte ayant un abcès fistuleux à la cuisse, j'aurais pris soin, avant et après l'accouchement, de désinfecter ledit abcès en poussant dans la cavité des injections antiseptiques: ou encore, j'aurais placé sur l'orifice fistuleux un pansement capable de l'isoler ; ou encore, j'aurais fait minutieusement et continué plusieurs jours de suite l'antiseptie des voies génitales avec le sublimé ou tout autre agent parasiticide. Eh bien, je puis m'illusionner, mais j'ai la conviction qu'en agissant ainsi en vertu d'une théorie que je crois bonne, la commune de la Ferté compterait encore les sept mères de famille qu'une petite épidémie de fièvre puerpérale lui a enlevées. Et c'est ainsi, Messieurs, soyez-en sûrs, que d'ici à cinquante ans peut-être, la doctrine parasitaire par la prophylaxie, sinon par la thérapeutique directe, aura conservé plus d'existences que toutes les théories et les systèmes de la vieille pathologie.

« M. Peter constate que la doctrine parasitaire est actuellement triomphante ; il le dit presque mélancoliquement et moi je le répète avec enthousiasme, parce que ce triomphe, qui servira d'abord si grandement les intérêts de l'humanité, jettera de plus sur la médecine française, un éclat que, malgré les splendeurs passées, elle n'a jamais possédé jusqu'à ce jour. »

M. Charpentier se bornera à quelques considérations générales. La septicémie puerpérale est une affection qui s'accompagne toujours de microbes. Le microbe est l'agent capital ; sans lui, pas d'infection possible ; mais il lui faut un terrain préparé et il le trouve dans la puerpéralité. Quant à la nature de l'agent infectieux, il est bien difficile aujourd'hui de se prononcer, et sa morphologie n'est pas décidée. A l'heure présente, le microbe puerpéral se présente sous plusieurs aspects. Dans les cas où la forme lymphangitique de la maladie prédomine, le microbe le plus fréquent est le *micrococcus en chapelet*. Dans les septicémies sanguines les affections à forme lente avec thrombus septiques et foyers secondaires dans les embolies métastatiques, c'est le vibrion en points doubles, le *diplococcus*, ou en points multiples, le *staphylococcus*.

M. Worms fait une communication sur *le daltonisme chez les employés de chemins de fer.* A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 janvier 1886 — Présidence de M. Cornil.

4. **Endocardite infectieuse. — Mort par rupture d'un anévrysme de l'artère mésentérique supérieure** ; par Martin de Gimard, interne des hôpitaux.

Le nommé All. Léon âgé de 27 ans, cambrurier, entre une première fois le 16 octobre à Cochin (service de M. Gouraud) salle St-Philippe n° 8.

On le reçoit à cause de sa paleur jointe à un peu de bouffissure des paupières.

Il a perdu son père de la poitrine, mais il n'a jamais présenté aucune manifestation tuberculeuse lui-même, il n'a jamais eu antérieurement qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu en 1875 pour laquelle il a dû garder le lit pendant trois mois. De plus, il aurait, dans une bataille, reçu un coup de canne à épée et depuis lors éprouve des douleurs au niveau du front.

Aucun antécédent vénérien net, pas de signes d'alcoolisme.

Depuis deux mois avant son entrée il est malade, il a pâli et beaucoup maigri. Il a eu plusieurs fois des vomissements et pendant un certain temps de la diarrhée. Il se plaint de douleurs dans la cuisse droite et jusque dans l'aine quand, dit-il, le temps va changer. Il éprouve une faiblesse très grande depuis qu'il est malade.

A son entrée on ne trouve pas d'albumine dans les urines, on ne constate rien d'anormal à l'auscultation des poumons ni du cœur. Il a de la constipation, un certain etat saburral ; on prescrit un vomitif.

Les jours suivants le malade mange bien, se lève et bientôt part à Vincennes.

Le 16 décembre, il revient à la consultation pour entrer ; il est très amaigri et plus pâle, ses paupières sont tout à fait bouffies. Il est très faible, se tient à peine debout.

Depuis qu'il est sorti de Vincennes il a essayé de travailler, mais au bout de peu de jours il a éprouvé des douleurs dans les bras, les jambes et les genoux et a été contraint de prendre le lit pendant neuf jours.

Il rentre dans la même salle et reprend son même lit. Il se plaint d'une douleur vive dans le membre inférieur gauche, mal limitée, siégeant surtout au mollet et de chaque côté du genou. Il n'y a pas d'hydarthrose. On constate un léger œdème des membres inférieurs appréciable surtout à la face interne du tibia ; une légère dépression en godet à la pression et quelques taches purpuriques peu abondantes sur les cuisses. Il a des palpitations de cœur. On trouve la pointe battant dans le cinquième espace au voisinage de la sixième côte. Les bruits cardiaques sont mal frappés ; à certains moments on perçoit un dédoublement. Les urines contiennent un peu de sang.

Il éprouve une grande dyspnée sans qu'on en trouve l'explication dans les signes stéthoscopiques. La température est montée à 39°8 dans l'aisselle.

Le 17 *décembre* au matin, la fièvre est moins vive à 38°5 seulement, la dyspnée moindre, les battements cardiaques sont moins fréquents ; on perçoit à la pointe deux souffles un présystolique et l'autre systolique, on prescrit des ventouses scarifiées à la région précordiale, bouillon et lait.

Le soir, il est plus mal à son aise et la température a monté à 39°.

Le 18 *décembre*, la température du matin 38°2 et celle du soir 30°4 à 4 heures et demie. Le soir à huit heures, le malade qui avait un peu avant causé avec ses voisins perd tout à coup connaissance, pâlit et meurt en quelques minutes.

Autopsie. — Le volume du ventre est augmenté, sa résistance accrue, à peine a-t-on incisé la paroi abdominale que du sang s'échappe en grande quantité. Toute la cavité péritonéale est remplie de sang liquide et de caillots énormes, surtout à droite dans les parties déclives. Quelques-uns de ces caillots ont la forme et le volume d'une rate hypertrophiée.

On constate sur le mésentère, au niveau de la partie moyenne du jéjunum, un orifice à bords déchiquetés, recouvert de sang coagulé ayant la dimension d'une pièce de 20 centimes siégeant sur la face gauche du mésentère.

Après dissection on trouve que cet orifice conduit dans une poche assez volumineuse du volume d'un œuf de dinde, se continuant à plein canal avec l'artère mésentérique supérieure. Cette poche anévrysmale placée entre les deux feuillets du mésentère est située sur une partie de l'artère déjà un peu éloignée de l'origine comme l'attestent les

branches collatérales assez nombreuses et la longueur du tronc artériel. Elle est constituée par la dilatation du vaisseau, des collatérales partent de cette poche et une artère se prolonge dans la partie sous-jacente du mésentère semblant continuer le tronc principal. La poche présente une épaisseur de plusieurs millimètres sauf au niveau de la rupture où elle est amincie dans l'étendue d'une pièce de deux francs.

Il y a quelques ganglions lymphatiques peu volumineux accolés au sac et quelques-uns plus gros au-dessus. Du reste, dans toute l'étendue du mésentère, les ganglions sont un peu gros.

A la surface de l'intestin grêle on trouve un grand nombre de taches brunâtres sous-séreuses, et quand on incise l'intestin on voit des suffusions sanguines nombreuses siégeant au même niveau et particulièrement intenses au niveau des valvules conniventes.

La *rate* est très grosse, pèse 900 grammes ; elle est très rouge, présente en plusieurs points des infarctus, quelques-uns du volume d'une noix. Le foie est aussi très hypertrophié ; il pèse 2,200 grammes. Sa coloration est jaune pâle. Les doigts s'y impriment comme dans une pâte faiblement consistante. La coupe est lisse.

Les *reins* volumineux pèsent : le gauche 250 grammes ; le droit 245 grammes, ils sont très pâles. la capsule s'enlève difficilement. Leur surface est pâle, piquetée de points rouges à la coupe, la substance corticale paraît très hypertrophiée. Dans le rein gauche, il y a un infarctus.

A l'*examen histologique* on trouve une lésion mixte : hypertrophie de la capsule de Bowmann, prolifération embryonnaire autour des *tubuli contorti*, en même temps lésion épithéliale des tubuli dont les cellules sont séparées, irrégulières et dont le noyau est peu visible. prolifération du glomérule et Malpighi avec sclérose en plusieurs points.

Les poumons sont emphysémateux et décolorés.

Le cœur volumineux pèse 480 grammes, le ventricule gauche est hypertrophié. On constate sur la partie médiane de la grande valve de la mitrale une sorte de tumeur lisse, aplatie à la surface siégeant du côté de l'oreillette, arrondie. Sur la face aortique de la même valve près du bord inférieur, on voit des végétations dont une en un point est ulcérée.

Le *cerveau* n'offre pas de lésions appréciables, mais en enlevant le crâne on trouve vers la partie médiane du frontal une petite pointe d'acier qui a pénétré peu profondément dans la table externe et le diploé. Elle est entourée de tissus fibreux. Du côté des parties molles on trouve une ulcération sur le péricrâne et repondant au corps étranger. L'étendue de la lésion du péricrâne s'explique par les mouvements du cuir chevelu.

5. M. Albarran présente des coupes d'une *épulis* démontrant que l'épithélium de la gencive peut produire des formes embryonnaires On voit sur cette coupe, à un faible grossissement, un stroma fibreux au centre, une couche papillaire et un épithélium dont les couches profondes sont plus claires. A un plus fort grossissement, cet épithélium est constitué profondément par des cellules étoilées avec des filaments présentant l'aspect des cellules adamantines, et superficiellement par un épithélium commun. On voit donc là une transformation progressive de l'épithélium normal de la gencive en éléments adamantins.

M. Kirmisson pense que le siège de l'épulis, à la limite de la gencive et du ligament alvéolo-dentaire laisse toujours un peu de doute sur la nature de l'évolution qu'on vient de décrire : il peut y avoir développement de la tumeur aux dépens des éléments embryonnaires subsistants ou, comme le veut le présentateur, par transformation des éléments adultes.

6. Nécrose syphilitique de la clavicule; par M. Pothérat, interne des hôpitaux.

Le nommé P...... Victor, 25 ans, garçon de salle, entré le 22 septembre 1885, salle Seymour n° 5, hopital Tenon (service de M. Gillette).

Pas d'antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, nous relevons une *paralysie radiale passagère* due à la compression.

Des douleurs articulaires d'abord fugaces pendant plusieurs années et enfin une *attaque de rhumatisme articulaire aigu*, pour laquelle il fut soigné au commencement de l'année 1885, pendant deux mois, dans le service de M. le professeur Bouchard, à Lariboisière. Le cœur ne fut pas atteint, et l'auscultation n'y découvre aucun signe pouvant déceler une lésion.

Pas d'alcoolisme.

Tuberculose pulmonaire très douteuse, en tous cas, si elle existe, tout à fait au début, car, à part un peu de submatité, une respiration à timbre rude avec expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse droite, et à la région sous-claviculaire correspondante, on ne trouve aucun autre signe fonctionnel ou physique pouvant se rapporter à la tuberculose.

Les faits qui l'amènent à l'hôpital sont les suivants :

En juin 1884, sans cause appréciable, il a vu apparaître au niveau de la partie moyenne de sa clavicule droite, une tumeur molle, *non douloureuse*, bientôt du volume d'un œuf de poule, sans modification dans l'aspect des téguments. Bientôt ceux-ci rougissent, s'amincissent, s'ulcèrent en plusieurs points et laissent écouler un pus blanc, peu épais. Plusieurs petits abcès surviennent aux alentours, se comportent de la même façon. Il en résulte plusieurs fistules dont les unes s'oblitèrent, les autres persistent laissant écouler une sérosité roussâtre Mais, fait important, jamais le malade n'a éprouvé de douleurs, et c'est bien plus parce qu'il est sans travail qu'à cause de son affection qui le gêne peu, que le malade vient de rentrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate, au milieu d'un empâtement général, un épaississement notable de la clavicule droite surtout à sa partie moyenne : A l'entour, des cicatrices pigmentées, brunes, noirâtres. Un stylet introduit par les fistules conduit sur des portions osseuses dénudées ou bien pénètre plus profondément dans des parties molles et revient alors couvert de sang.

M. Gillette porte le diagnostic d'ostéite tuberculeuse et propose une large ablation de l'os malade. Celle-ci fut pratiquée le 16 octobre 1885. La clavicule fut réséquée dans son entier, sauf qu'on laissa 3 centimètres environ de l'extrémité interne qui était saine. — Le périoste était très épaissi ; l'opération fut partout sous-périostée et sans difficulté. L'extrémité externe était à peine atteinte, et le périoste peu épaissi. Actuellement le malade est complètement gueri ; la cicatrisation s'est faite rapidement, la portion moyenne de l'os s'est reproduite et les mouvements de l'épaule s'exécutent facilement.

Nous avons examiné la pièce enlevée et nous avons constaté ce que nous vous présentons :

L'os est augmenté notablement de volume, rugueux, creusé, destriation à sa surface mais absolument compacte. — Dans son intérieur, il existe une cavité à grand axe parallèle a l'axe de l'os, mesurant [illegible] centimètres légèrement anfractueuse mais avec des parois lisses, compactes. Six orifices de grandeurs variables, arrondis assez régulièrement font communiquer la surface extérieure de l'os avec la cavité. Dans celle-ci enfin, un séquestre long de 2 centimètres 1/2 environ sur 1 centimètre de large, formé aussi d'un tissu osseux résistant, mais creusé d'un grand nombre de petits canalicules le faisant ressembler à du tissu spongieux.

Une matière molle analogue à des fongosités remplissait sur la pièce fraîche l'espace interposé entre le séquestre et la cavité.

Ces caractères n'étaient pas en rapport avec les lésions de l'ostéite tuberculeuse ; ils semblaient plutôt se rattacher à la syphilis osseuse. Or, l'interrogatoire patient, soigné du malade n'avait rien révélé en ce sens. Nous le reprîmes en y insistant et le sujet retrouva alors dans ses souvenirs un chancre du frein qu'il avait contracté il y avait [illegible] ans, chancre pour lequel il avait été soigné à l'hôpital de Ver-

sailles. Entré dans la voie des aveux, il nous révéla, qu'il avait eu, en outre, une roséole manifeste, et des plaques muqueuses dans la bouche, en particulier sur les amygdales. On lui fit prendre à l'hôpital des pilules de protoiodure de mercure. Tout traitement antisyphilitique cessa à sa sortie de l'hôpital et n'a jamais été repris. Malgré l'absence de tout autre accident depuis cette époque, il n'est pas douteux que notre malade est un syphilitique, et les antécédents confirment ainsi la nature de la lésion que ses caractères macroscopiques se rattachant à la syphilis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 février 1886. — Présidence de M. Monod.

M. Monod présente deux malades : à la première, il a enlevé le *maxillaire supérieur* et il consulte la Société sur l'opportunité et le mode d'une restauration ; la seconde a subi l'ablation du *maxillaire inférieur* pour un cancer de la langue. M. Monod se félicite d'avoir eu recours dans ce dernier cas à la trachéotomie primitive et à la sonde nasale ; ces pratiques lui ont permis de bourrer la bouche avec de la gaze iodoformée et de maintenir ainsi l'antiseptie parfaite de la plaie.

M. Berger ne pense pas qu'il soit nécessaire de compliquer ces opérations par une trachéotomie, qui peut devenir l'origine de complications ; il a recours à des lavages fréquents de la bouche avec une solution de chloral et s'en est jusqu'ici parfaitement trouvé.

M. Terrier demande à M. Monod si les pneumonies auxquelles ont succombé certains opérés dont il a parlé, sont bien des pneumonies infectieuses.

M. Trélat, qui a fait nombre de ces opérations, déclare ne pas connaître ces pneumonies infectieuses ; à propos de la trachéotomie primitive, il n'en voit pas l'utilité dans ces résections. M. Trélat se sert toujours de la sonde œsophagienne nasale, ce qui lui permet de remplacer les lavages par un pansement sec à la gaze iodoformée.

M. Monod répond que la trachéotomie n'est pas grave chez l'adulte ; que les statistiques accusent de nombreux décès par pneumonies ; que certaines de ces pneumonies se développent autour de corps étrangers, descendues de la plaie par les bronches.

M. Terrier est d'avis que les pneumonies sont fréquentes à la suite des opérations sur la bouche, le nez, etc., mais que leur nature septique n'a pas été démontrée ; il fait observer que la trachéotomie prédispose à la pneumonie en permettant l'arrivée d'un air froid, non tamisé.

M. Poulet lit une note sur le *traitement des kystes hydatiques du foie* par la laparotomie : il tend à en faire le procédé de choix.

M. Polaillon est d'avis que certains kystes, très volumineux, adhérents, sont en effet justiciables de la laparotomie, mais il n'en fera pas la méthode de choix pour la plupart des kystes hydatiques du foie de moyen volume : il préfère l'ancien procédé par ponction et injections détersives, qui lui paraît exposer le malade à moins de danger et qui ne laisse pas de cicatrice.

M. Verneuil formule les règles thérapeutiques applicables aux kystes du foie : il y a trois procédés principaux qui ont chacun leurs indications particulières : la ponction avec un gros trocart et introduction d'un drain : l'incision applicable d'emblée aux kystes enflammés ou après la ponction avec le gros trocart quand le kyste se vide mal : enfin l'extirpation, dont l'indication principale adhérence ne peut guère être reconnue qu'après l'incision abdominale.

M. Reclus pense aussi qu'il faut distinguer des cas différents auxquels le même traitement ne peut être appliqué mais il incline à croire que la laparotomie deviendra la méthode la plus générale. Il fait observer que la suppuration du kyste n'entraîne pas forcément son adhérence aux parties environnantes. M. Reclus dit qu'il faut traiter les kystes hydatiques suppurés comme on traite un plegmon, c'est-à-dire par l'ouverture large.

M. Le Fort rapporte une observation de nature à établir la supériorité de l'incision qui permet l'évacuation complète des hydatides sur la ponction avec un gros trocart qui ne permet pas l'évacuation des hydatides adhérentes à la paroi.

M. Le Fort ne croit pas que les kystes du foie puissent être assimilés aux kystes de l'ovaire au point de vue de la possibilité de détacher les adhérences, car les kystes du foie ont le plus souvent une partie de leur poche dans le tissu même du foie ; et se demande encore s'il vaut mieux enlever complètement ces kystes ou les laisser revenir sur eux-mêmes à la faveur d'une large incision.

M. Bouilly qui a fait quatre fois la large incision antiseptique du foie pour des collections purulentes de cet organe a obtenu quatre succès. Dans le premier cas il s'agissait d'un abcès du foie, traité par la ponction avec le gros trocart et dont la suppuration ne tarissait pas : dans le deuxième l'incision fut faite d'emblée et le foie, qui n'était pas adhérent, fut suturé à la paroi ; dans les deux derniers cas, il y avait des adhérences entre le foie et la paroi abdominale. M. Bouilly pense en conséquence qu'il ne peut y avoir de doute sur la nécessité de la laparotomie dans les cas de collection purulente ; et il note parmi les avantages de ce mode d'intervention la rapidité de la guérison.

M. M. Sée n'a pas à se féliciter des essais qu'il a faits par la ponction avec un gros trocart et préfère l'incision en un ou surtout en deux temps.

M. Lucas-Championnière constate le pas fait depuis quelques mois par la société de chirurgie, vers le traitement par incision. Il insiste sur la constatation d'adhérences ou kystes du foie dans un certain nombre de cas, et pense que dans ces cas l'ablation seule pourra guérir le malade.

M. le Secrétaire général fait connaître les sujets du prix pour le concours de 1887. — Les questions proposées sont les suivantes : 1° *Prix Demarquay* : *Pathogénie et traitement des kystes hydatiques du foie* ; 2° *Prix Gerdy* ; *des hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.* — Les chirurgiens qui désirent concourir devront adresser leurs mémoires au Secrétariat avant le 1er novembre 1886.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 4 février 1886. — Présidence de M. Letourneau.

M. Fauvelle ayant montré à la précédente séance un fait de polydactilie et de multiplication de la queue chez un axolotl à la suite d'un traumatisme, plusieurs membres avaient pensé que dans ce cas il était possible d'invoquer l'atavisme. M. Fauvelle, au contraire, affirme absolument qu'il s'agit là purement et simplement d'un accident de réparation des tissus dans lequel l'atavisme n'a rien à faire. Ceci l'amène à exposer ses vues sur l'hérédité ; pour lui, il n'y a de réellement héréditaire que les caractères anatomiques et les propriétés spéciales des divers éléments des tissus ; ils se transmettent de génération en génération par les cellules reproductrices. Quant à la forme, à l'agencement de ces éléments primitifs, ce n'est le plus souvent que le résultat des agents extérieurs. Développant sa singulière idée, exagération poussée à l'extrême de la loi de Darwin sur l'influence des milieux, M. Fauvelle examine d'abord le règne végétal : il considère que dans la plante l'hérédité transmet seulement aux cellules leur contexture, leur puissance créatrice de tel ou tel produit : quant à la disposition de la tige, des racines, la circulation de la sève, la réduction de l'acide carbonique : c'est là une pure affaire de milieu, uniquement sous la dépendance des agents extérieurs. Pour les animaux, même conception ; les cellules tiennent de l'hérédité leur caractère propre qui se modifie suivant le rôle qu'elles doivent remplir, suivant leur contexture particulière et leur fonctionnement spécial, mais l'agencement de tous ces éléments est le plus souvent mécanique. Si les cellules du blastoderme se groupent pour former un amas allongé, la ligne primitive, c'est qu'elles y sont forcées par suite de leur compression entre la membrane de l'œuf et la sphère vitelline. La tête et la queue échappent à cet aplatissement

parce qu'elles se détachent de bonne heure de la sphère vitelline (ce qui est bien heureux pour les vertébrés qui, sans cela, seraient probablement anencéphales). M. Fauvelle explique tout le développement embryonnaire de la même façon ; il continue en affirmant que l'origine de la circulation est produite par les courants que l'affinité chimique établit entre les matières nutritives de la vésicule ombilicale et les cellules du blastoderme. On peut s'arrêter sur ce dernier trait. D'ailleurs, ces opinions ont été fortement discutées par les membres présents de la Société.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **Eine geburt in Hypnose**; par le Dr Ed. Pritzl (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 7 novembre 1885, n° 45).

II. **Schwangerschaft im rechten (rudimentaren ?) Horne eines Uterus bicornis. Retention des reifes Fœtus. Extirpation des schwangeren Hornes**; par Wiener (*Arch. für Gynœk.*, Bd. XXVI, II. 2, p. 234.)

III. **Three cases of tubal pregnancy successfully operated upon at the period of rupture; — Nine cases of successful operations for ruptured tubal pregnancy**; par L. Tait. (*British medical Journal*, 1885, 18 avril, p. 778 et 19 décembre, p. 1158).

I. D'après les faits observés jusqu'ici, l'hypnotisme paraissait fort difficile sinon impossible à provoquer chez les femmes en travail. L'hypnose peut cependant être obtenue dans ces conditions, comme le prouve l'observation suivante recueillie par le Dr Pritzl dans le service du Professeur Carl Braun.

Une femme de 26 ans, primipare, fut admise à la Clinique vers le septième mois et demi de sa grossesse. A plusieurs reprises, on put l'hypnotiser en lui faisant fixer la boule brillante d'un thermomètre. Le sommeil survenait en dix secondes, et l'insensibilité était alors complète. Pendant la durée de cet état, qu'on ne laissait pas dépasser une demi-heure, les battements du cœur de l'enfant étaient parfaitement normaux.

Lorsque le travail se déclara, il fut particulièrement lent et douloureux. Après vingt-quatre heures environ de souffrances très vives et d'une agitation extrême, que rien ne pouvait calmer, le col restant peu dilaté et rigide, on songea à recourir à l'hypnotisme.

Malgré une légère résistance de la femme, le sommeil put être provoqué devant une nombreuse assistance. La marche de l'accouchement changea aussitôt de physionomie. Les contractions devinrent régulières, plus énergiques, revenant toutes les dix minutes et provoquant seulement quelques plaintes ; dans l'intervalle des douleurs immobilité absolue. La dilatation se compléta rapidement ; la période d'expulsion ne dura que quelques minutes et se termina par la naissance d'une fille très vivace. Des contractions survinrent ensuite pour le décollement et l'expulsion du délivre qui se fit normalement. On réveilla la femme en lui faisant respirer des vapeurs d'ammoniaque. Le sommeil avait duré cinq quarts d'heure. Au réveil, elle ne pouvait croire qu'elle était accouchée, et elle déclara n'avoir éprouvé aucune sensation douloureuse.

L'auteur insiste sur l'heureuse influence de l'hypnose sur la marche du travail et ~~sur~~ la rapidité avec laquelle l'accouchement eut lieu chez une primipare. Il évite toutefois de tirer de ce fait unique des conclusions que pourront justifier seulement de nouvelles observations.

II. On sait aujourd'hui, depuis les faits de Türner, Werth, Salin, Sænger, Macdonald, que la grossesse évoluant dans une corne utérine rudimentaire ne se termine pas toujours par une rupture entre le 3e et le 6e mois, mais qu'elle peut aller jusqu'à terme.

Le travail de Wiener est basé sur une observation de ce genre. Une femme, arrivée au terme de sa grossesse, fut prise de douleurs violentes qui restèrent sans effet ; l'accouchement n'eut pas lieu. Pendant les semaines suivantes, elle eut par le vagin un écoulement sanguinolent, et son état général devint mauvais. Une grossesse extra-utérine fut considérée comme probable et Wiener fit la laparotomie. Il trouva un utérus bicorne, dont l'une des cornes, développée comme un utérus à terme, était reliée à l'autre par un pédicule gros et court. Il extirpa la tumeur et réduisit le pédicule. La corne enlevée contenait un fœtus de 2900 grammes. La malade guérit.

A propos de ce fait, Wiener insiste sur la possibilité d'établir le diagnostic. On pourra penser à une grossesse développée dans une corne utérine quand, chez une femme enceinte et près du terme, on verra apparaître des phénomènes de faux travail et quand on constatera en même temps l'existence d'une tumeur lisse, dure, semblable par sa forme à un utérus gravide, obliquement dirigée en haut et en dehors, et reliée par un pédicule à la partie inférieure d'un utérus incliné en sens inverse et légèrement augmenté de volume.

A un examen ultérieur de son opérée, Wiener constata que le pédicule de la corne enlevée présentait un canal étroit : il s'agissait donc d'un de ces faits dans lesquels il y a communication entre les deux moitiés de l'utérus. L'épaisseur du pédicule, la résistance de ses fibres musculaires, opposées à la minceur du fond de la corne gravide, expliquent pourquoi, en pareil cas, l'accouchement ne peut avoir lieu.

Le fœtus retenu dans une corne utérine peut se momifier et passer à l'état de lithopédion ; mais il peut aussi subir une décomposition putride qui détermine de graves accidents chez la mère. Aussi l'intervention est-elle parfaitement motivée. Elle consiste dans l'ouverture de l'abdomen, l'ablation de la corne gravide et de ses annexes, et la réduction du pédicule. Le pronostic de cette opération est favorable, puisque sur six cas, il y a eu cinq guérisons. Dans l'observation de Sænger, la femme est même redevenue enceinte peu après sa sortie de l'hôpital.

III. Nous avons déjà signalé les succès remarquables obtenus par L. Tait dans le traitement des grossesses extra-utérines tubaires par la laparotomie et l'extirpation de la trompe au moment de la rupture du sac (1). Depuis ces premiers faits, le même auteur a publié deux nouvelles séries d'opérations analogues.

La première est de trois cas. Chaque fois, l'ouverture du ventre a été faite dès les premiers signes de rupture : la trompe a été trouvée déchirée, et l'on a constaté l'existence d'un kyste fœtal tubaire rompu. Les trois femmes ont guéri.

La seconde comprend neuf cas. Comme dans tous les faits précédents, il s'agissait de femmes primipares, ou n'ayant pas accouché depuis longtemps, aménorrhéiques depuis dix ou douze semaines, et chez lesquelles, après les signes d'une grossesse au début, avaient éclaté subitement des symptômes abdominaux graves. On trouvait en même temps chez ces femmes les signes locaux indiqués par Tait, tumeur située à côté de l'utérus, etc. Ces neuf opérées guérirent sans aucune complication.

Ayant toujours trouvé la trompe rompue, L. Tait voit dans ce fait la confirmation absolue de son opinion sur l'origine constamment tubaire des grossesses extra-utérines. Il insiste sur la rapidité avec laquelle il faut agir si l'on veut être sûr du succès ; c'est dans l'abondance de l'hémorrhagie que gît le principal danger, et ce n'est que par une intervention prompte et énergique qu'on pourra s'en rendre maître. Dr Maygrier.

CORRESPONDANCE (2)

Paris le 25 février 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie de vouloir bien insérer dans le *Progrès médical*.

(1) Voir *Progrès médical*, 1885, t. II, p. 11.

(2) Nous avons reçu une lettre de M. Malibran en réponse à l'article de M. Comby ; nous la publierons dans le prochain numéro.

la lettre suivante que je viens d'adresser à la direction du *Centralblatt für die med. Wiss*, de Berlin.

Veuillez, etc. W. VIGNAL.

Paris le 24 février 1886.

Messieurs les Directeurs,

M. Adamkiewisch, dans une lettre adressée à votre excellent journal et parue dans le nº 4 de cette année, à propos d'une note de votre estimé rédacteur, M. C. Benda, publiée dans le nº 2 de cette année de votre journal, semble dire qu'il a répondu victorieusement, par sa deuxième note du 28 décembre 1885, insérée comme la précédente dans les comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris, aux critiques que j'avais adressées à sa prétendue circulation, dans les cellules ganglionnaires.

J'ai gardé le silence, car M. P. Bert avait fait remarquer le 28 décembre, à l'Académie, que *M. Adamkiewisch aurait bien mieux fait de communiquer le procédé spécial qu'il a suivi, plutôt que de récriminer contre mes critiques.*

L'opinion exprimée par la voix si autorisée de M. P. Bert me paraissait une réponse suffisante. Mais, comme M. Adamkiewisch interprète mal mon silence et ajoute à ses assertions anciennes de nouvelles affirmations dénuées de preuves, je me suis permis de venir vous demander l'insertion de cette lettre, dans laquelle je garderai la courtoisie qu'il convient entre gens de science.

Je maintiens absolument toutes mes critiques et je pense que M. Adamkiewisch a commis une erreur — erreur bien involontaire, sans doute — en décrivant un sinus veineux et un sinus artériel dans les cellules ganglionnaires. Je crois qu'il ne suffit pas d'avoir fait 200 fois la même chose, pour prouver qu'elle existe, il faut prouver qu'on n'a pas commis 200 fois une erreur, — ce qui, d'après mon opinion basée sur des expériences anciennes, sur les miennes et sur les lois de la diffusion, est arrivé à M. Adamkiewisch.

Je vous demande pardon de vous prier de donner, à une réclamation presque personnelle, une place dans votre journal, mais il me paraît nécessaire de replacer la question dans sa véritable position, dont M. Adamkiewisch l'avait fait dévier par sa note du 28 décembre 1885, à l'Académie et la lettre parue dans votre journal.

Veuillez..... etc. W. VIGNAL.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'aconitine dans les névralgies.

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin [de New-York], A. Dumas [de Cette], de Molènes).

L'excellent travail publié par le Dr A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle, comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquemnnt administrée sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement (1). »

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées ; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évitera ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le Dr Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 octobre 1880).

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre cette complication que le Dr Moussette a composé des Pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début, il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures ; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et à moins de cas exceptionnels on ne devra pas aller au delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

(1) Dr A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine; de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

BIBLIOGRAPHIE

De la taille hypogastrique ; par le Dr BOULEY. Paris, Baillière, 1883.

La taille hypogastrique est tellement entrée actuellement dans la pratique chirurgicale qu'entre elle et la lithotritie il ne reste pour ainsi dire plus de place pour la taille périnéale. Il est donc important de chercher à perfectionner le plus possible l'opération par le haut appareil et c'est à ce point de vue qu'une étude critique minutieuse et précise comme celle du Dr Bouley est particulièrement utile.

M. Bouley ne se borne pas à décrire les procédés qu'il a vu employer ; il prend un à un tous les temps de l'opération en indiquant la manière de faire des divers chirurgiens et cherche à établir ce qu'ils ont de bon ou de défectueux. Nous allons passer en revue brièvement les différents chapitres de cet excellent mémoire en nous arrêtant surtout sur les parties de l'opération pour lesquelles il y a divergence entre les chirurgiens.

Après un intéressant historique dans lequel sont rappelés siècle par siècle et dans l'ordre chronologique les principales observations de taille hypogastrique, M. Bouley consacre un chapitre à l'étude anatomique de la région hypogastrique considérée au point de vue de la cystotomie. La partie la plus importante de cette étude est celle qui concerne les rapports de la vessie avec la région sus-pubienne. M. Bouley a trouvé que la profondeur de la vessie au-dessous de la peau variait beaucoup selon l'embonpoint du sujet. Cette variation s'étend de 1 centimètre pour les sujets très maigres jusqu'à 4 centimètres et même plus pour les sujets gras, ces mesures étant prises pour une vessie distendue et mise en rapport avec la paroi abdominale.

Le rapport si important du cul de sac péritonéal prévésical par rapport à la symphyse a été différemment interprété par les auteurs classiques. Des recherches spéciales faites par Pauliot et par notre auteur il résulte qu'en

général le cul de sac péritonéal est d'autant plus élevé au-dessus du pubis que le sommet de la vessie distendue est lui-même reporté plus haut. Malgré les différences individuelles, on peut dire que lorsque la vessie remonte à plus de neuf centimètres au-dessus du pubis, le cul de sac est lui-même à six centimètres environ au-dessus de la symphyse.

Chez les sujets maigres la vessie remonte plus difficilement dans l'abdomen parce qu'elle trouve à se loger dans le petit bassin ; par conséquent, pour relever le cul de sac péritonéal il faut injecter plus de liquide chez les sujets maigres que chez les sujets gras. Le degré d'embonpoint du sujet a aussi une grande influence sur les résultats que donne le ballon de Pétersen pour relever le cul de sac péritonéal. Tandis qu'une injection de 4 à 5 centigrammes dans la vessie et dans le ballon rectal relèvent chez les sujets gras le cul-de-sac péritonéal à sept centimètres et au delà, chez les sujets maigres on n'obtient qu'un relèvement de 3 à 4 centimètres et même moins. Conclusion : c'est surtout chez les sujets maigres qu'il faut se défier du cul de sac péritonéal.

Après ces considérations préliminaires M. Bouley décrit les diverses méthodes opératoires qu'il range sous trois chefs ; méthode sans conducteur, méthode avec conducteur et méthode en deux temps. La méthode sans conducteur est celle qui est généralement employée aujourd'hui, avec les modifications que lui a fait subir Pétersen ; elle remonte à Rousset (1580) qui la décrivit parfaitement mais ne la pratiqua pas.

La méthode avec conducteur, employée par *Baseilhac* dit frère Côme, comporte l'emploi d'une sonde à dard destinée à soulever la paroi antérieure de la vessie et à guider le bistouri.

En réalité, frère Côme faisait son opération en deux temps : 1° une boutonnière périnéale qui lui servait à conduire la sonde à dard ; puis l'incision sus-pubienne. C'est à cette méthode que se rattache, à ce qu'il nous semble, le procédé de Th. Auger qui, après avoir introduit son conducteur spécial, incise la paroi abdominale et la vessie avec le thermocautère. Nous ne comprenons pas bien pourquoi M. Bouley la décrit comme une opération en deux temps.

Les véritables opérations en deux temps citées par M. Bouley sont celles que conseillent Vidal, de Cassis, et Valette, de Lyon, qui agissent à l'aide du caustique potentiel de manière à ce que les parois de la place soient déjà assez anciennes, au moment où l'on ouvrira la vessie, pour s'opposer à l'infiltration d'urine.

Après avoir décrit dans leur ensemble les différentes méthodes, M. Bouley prend un à un tous les temps de l'opération et en fait une étude critique minutieuse. Nous ne le suivrons pas dans cette exposition, préférant nous attacher à un des temps de l'opération sur l'opportunité duquel l'unanimité est loin d'être parfaite. Nous voulons parler de la suture de la vessie. Quand, une fois le calcul extrait, on laisse la plaie vésicale béante, on cherche à favoriser l'écoulement de l'urine à l'aide de deux tubes accolés en canon de fusil allant de la vessie à un récipient situé entre les jambes du malade. Mais ne vaudrait-il pas mieux refermer immédiatement le réservoir urinaire ?

D'après les recherches de M. Bouley, la suture vésicale n'augmenterait pas la mortalité après la taille hypogastrique ; mais sur 23 cas elle a manqué dix fois. Quand elle réussit, la guérison est infiniment plus prompte. L'auteur indique un procédé pour placer les fils avant d'inciser la vessie. Ce procédé, indiqué à la page 176, nous paraît plutôt une manœuvre à faire sur le cadavre comme exercice de médecine opératoire qu'un temps véritable d'une opération pratiquée sur le vivant 1). Lorsqu'on veut faire la suture vésicale, il faut faire les points très rapprochés et employer de la soie phéniquée, du crin de Florence ou des fils métalliques plutôt que du catgut. La suture peut être faite à deux étages. La présence du ballon de Pétersen dans le rectum facilite beaucoup ce temps de l'opération.

M. Bouley reprend ensuite la description de la taille hypogastrique telle que la pratiquent Guyon, Périer, Pétersen etc. ; il passe en revue les accidents, complications, etc. ; il étudie le mode de guérison de la plaie, les lambeaux membraneux grisâtres qui s'en détachent et enfin les résultats. De courts chapitres sont consacrés aux indications et contre-indications, à l'opération chez la femme et chez l'enfant.

Parmi les résultats ou plutôt les inconvénients consécutifs à l'opération, il en est un sur lequel l'attention n'a guère été appelée et que nous signalerons à propos de ce travail de M. Bouley. Chez un jeune homme de 21 ans, guéri depuis un an de la pierre à la suite d'une taille hypogastrique que nous avions pratiquée sur lui, nous avons vu se développer une sorte de hernie sous-ombilicale qui a nécessité le port d'une large ceinture.

Le travail de M. Bouley, dont nous venons de parcourir quelques parties, est, en somme, un des meilleurs mémoires qui aient été écrits sur la taille hypogastrique et sera toujours consulté avec fruit. Dr A. MALHERBE

VARIA

Laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, poursuit la réalisation des votes du Conseil municipal en ce qui concerne la laïcisation des établissements hospitaliers de Paris. On se rappelle les votes réitérés du Conseil sur cette réforme, ses désirs de voir laïciser à bref délai l'hôpital Cochin, l'hospice des Enfants-Assistés et l'hôpital Necker. L'hôpital Cochin a été laïcisé le 21 décembre ; l'hospice des Enfants-Assistés *sera laïcisé le* 1er *avril*. Les sœurs St-Vincent-de-Paul retourneront à leur communauté ; elles ne pourront plus catéchiser les Enfants-Assistés, les fouetter, les mettre au cachot : elles ne pourront plus prélever de *dîme* sur les salaires des infirmières, sous forme de don de 5 fr. pour racheter la faute que leur fait commettre l'Administration en leur donnant des aliments gras pendant le Carême ; sous forme de quête pour le denier de St-Pierre, etc., etc. ; elles ne pourront plus favoriser certaines sociétés en mettant à leur disposition les traitements mensuels des infirmières qu'elles détiennent. Cette laïcisation enlève, comme on le voit, des moyens sérieux d'action à la Congrégation contre les institutions républicaines.

Il y a quelques années nous avons fait réclamer par le Conseil municipal que l'enseignement des enfants fût confié, dans cet hospice, à des instituteurs et des institutrices laïques. L'Administration s'est bornée à confier l'instruction des garçons à des instituteurs laïques, laissant l'instruction des filles aux sœurs. Nous espérons que M. Peyron va profiter de la laïcisation pour confier les filles à une institutrice laïque. Il pourra en profiter pour faire faire tous les soirs des cours primaires aux *infirmières*. En le faisant, il leur rendra plus de services que les religieuses ne leur en rendaient en les envoyant au salut, aux messes, aux vêpres, etc.

Les mesures prises par M. Peyron pour rendre *obligatoire* la fréquentation des cours des trois *Écoles municipales d'infirmières* le mettront en mesure de continuer régulièrement la laïcisation. Nous avons la conviction que la laïcisation de l'hôpital Necker suivra de près celle des Enfants-Assistés et que de deux mois en deux mois nous verrons se succéder la laïcisation de tous les autres établissements.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

Le 9 novembre, Monsieur Forne a fait récit de la conférence que lui et M. Le Vieulx ont eu avec Mrs les directeurs spirituels de l'H. Dieu touchant les paroles injurieuses que Mr Bouvier Mre de l'H. Dieu au spirituel a proféré contre l'honneur du Bureau, et *qu'ils n'ont point de satisfaction*. Sur quoi l'affaire viendra en délibération. Ce n'est que sur les instances de Mr de Lauzon que l'affaire s'arrange 15 jours après (*Reg.* 31, P. 244.)

12 novembre 1664. — *Plaintes contre les Religieuses*. A été avis au Bureau que pendant l'absence de Mr Perreau de Paris, les religieuses de l'Hostel Dieu ont *entrepris de leur authorité privée sans aucune* participation du Bureau de faire deux choses. L'une de tirer de la salle St Louis les enfants qui y etoient et les lits où ils couchoient et les coucher ailleurs et tenir la salle fermée dont elles se servent à autre usage.

La 2eme de faire faire dans la salle de St Denis un cabinet [illegible] de *[illegible] lit qu'elles ont eu*, bien que *cela leur eut été refusé plusieurs fois*, et Monsieur Forne a dit le leur avoir refusé lorsqu'on fit accommoder la tribune des religieuses soubs l'escalier de laquelle il avait fait accommoder

plusieurs cabinets pour la commodité tant de ladite salle de St Denis que de celle de St Thomas. Sur quoy, l'affaire mise [illegible] délibération a esté trouvée de grande conséquence à cause que l'authorité du Bureau y est notablement interessée par une entreprise si notoire des religieuses qui ne se peut pas souffrir. La Compagnie a arresté de faire abattre le cabinet de la sale St Denis et pour cet effet de se transporter en corps sur le lieu et à l'égard de la salle St Louis de demander la mère Prieure pour remettre les lieux en l'état qu'ils etoient auparavant (*Reg.* 32, P. 200).

16 octobre 1665. — On a dit qu'une femme morte à l'Hostel Dieu a declaré avant de mourir qu'elle avoit de l'argent en sa chambre *que les religieuses se sont ingérées d'envoyer quérir et garder*, et qu'on dit monter à plus de deux mille livres ; qu'il se présente une personne créancière de ladite femme de 40 ou 50 livres, qu'ayant demandé auxd. religieuses payement de sa dette sur lesdits deniers, elles ont repondu qu'elles n'avoient d'autres deniers que ceux que la deffunte a destiné pour faire prier Dieu pour elle.

Surquoy la mère Prieure veneue au Bureau a dit que tout l'argent est dans un coffre dont elle a fait faire le mémoire et qu'elle est preste de le delivrer. Et la Comp. luy a fait connoitre que les Religieuses ne doivent point manier d'argent qu'elles ne le peuvent faire sans contrevenir à leurs vœux qu'elles n'ont aucun prétexte de le faire. Le Bureau ne leur deniant rien de ce qui leur est nécessaire tant pour elles que pour les besoins des pauvres ; que cela appartient au Bureau et principalement le bien que les pauvres n'ont point aporté à l'Hotel Dieu étant de grande consequence d'enlever les coffrets et hardes des defunts sans authorite de justice à cause des heritiers et créanciers qu'ils peuvent avoir, ce qui ne doit etre fait que par l'ordre du Bureau que les religieuses avoient accoutumé de delivrer tous les mois l'argent qu'elles avoient trouvé dans les habits des malades, ce qu'elles ne font plus depuis quelque temps qu'elles n'ont aucun prétexte de retenir cet argent puisque le Bureau ne leur refuse rien de tout ce qui leur est necessaire tant pour elles que pour le besoin des pauvres (*Reg.* 33, P. 195).

16 octobre 1655. — La Compagnie a arresté que les messes basses par chacun jour à perpétuité fondées par Messieurs Gobelins, Mazarin et Josse *ne seront plus payées par Monsieur le Maitre de l'Hotel Dieu*, mais par le Bureau, par ordonnance particulière d'iceluy (*Reg.* 33, P. 197.)

23 octobre 1665. — *Religieuses. Plaintes.* M. Perreau a dit qu'en consequence de ce qui fut dit le dernier jour, au sujet du coffre d'argent et hardes d'une femme morte à l'Hotel Dieu, la mère Prieure luy fit voir ledit coffre dans lequel il y avoit plein de beaucoup d'argent, *mais ne scait mais ne scavoit combien il y avoit ny quelles espèces* parce qu'il ne voulut pas s'en charger qu'il n'en eust esté deliberé au Bureau, qu'il vit la quittance que la mère cheftaine de la salle ou ladite femme estoit morte avoit tiré du locataire de la chambre que ladite deffunte occupoit des loyers de ladite chambre qu'elle luy avoit payé. Surquoy l'affaire ayant esté trouvée de consequence, la Compagnie a arresté d'en deliberer plus amplement et cependant a remis jusqu'à la Saint Martin une femme qui demande payement de deux obligations de 160 et tant de livres que ladite deffunte luy doit (*Reg.* 33, P.198).

23 octobre 1665. — *Le Bureau retire aux chapelains l'argent des fondations de messes.* — M. Perreau a dit qu'ayant fait savoir à M. le Maitre de l'Hostel Dieu au spirituel, la deliberation du bureau [illegible] le payement des annuels fondes depuis peu par Messieurs Gobelin, Mazarin et Josse. Il a dit que cela luy etoit indifferent, mais qu'il ne pouvoit pas rien promettre qu'il n'en ait communiqué à Messieurs du Spirituel à quoy il luy a repliqué que *ce qui concernoit les payements qu'il falloit faire, Messieurs du spirituel n'avoient aucun droit d'en connoitre, cela dependant uniquement du Bureau*. La Compagnie a arresté que sa deliberation precedente sera executée et qu'il en sera fait mention sur l'etat de M. Le Maitre au Spirituel presentement areste au Bureau (*Reg.* 33, P. 198, verso). (*A suivre*).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 1er. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guyon, Le Dentu, Joffroy ; — 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Rémy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Nicaise, Pinard. — 2e *Série* : MM. Terrier, Gueniot, Reclus.

Mardi 2. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Delens, Humbert. — [illegible] *Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Berger, Ribemont-Dessaignes.

Mercredi 3. — Médecine opér. (Épreuve pratique) : MM. Perrier, Nicaise, Kirmisson. — [illegible] *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 3e *de Doctorat*, oral, 1r partie : MM. Le Dentu, Gueniot, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Dieulafoy, Landouzy.

Jeudi 4. — Anatomie (Épreuve pratique) : MM. Cornil, Cruveilhier, Richelot. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Brouardel, Joffroy. — 2e d'Officier de santé, Définitif : MM. Duguet, Berger, Ribemont-Dessaignes.

Vendredi 5. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Nicaise, Gueniot, Reclus. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, A. Robin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Dentu, Terrier, Pinard.

Samedi 6. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Cruveilhier, Delens, Charpentier. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Ball, Lancereaux, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Grancher, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 2. — M. Mignot. Des sueurs chez les phthisiques et de leur traitement par l'ergot de seigle. — M. Lavergne. Contribution à l'étude des malformations du cœur (communication interventriculaire). — *Mercredi* 3. — M. Bastard. Des modifications imprimées à certains souffles intracardiaques et extracardiaques par les variations respiratoires. — M. Fauconnier. De la fièvre et des métrorrhagies dans les accouchements syphilitiques. — *Jeudi* 4. — M. Boisteux. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement de la présentation de la face statistique de la clinique d'accouchement, 1852-1886. — M. Babilée. Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme, et plus particulièrement de l'amnésie alcoolique — *Vendredi* 5. — M. Hitier. Amblyopie liée à l'hémianesthésie. — M. Benoit. Étude sur l'hématurie dans la rétention d'urine.

Enseignement médical libre.

Chirurgie dentaire. — Le Dr Aguilhon de Sarran reprendra son cours le mardi 2 mars à 5 heures du soir, et le continuera les samedis et les mardis suivants à sa clinique, 13, rue Suger.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr Miot recommencera ses conferences cliniques le lundi 1er mars, rue St-André-des-Arts, 11, à midi. Il les continuera les lundis et les mardis suivants.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 fevrier 1886 au samedi 20 février 1886, les naissances ont ete au nombre de 1224 se decomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 435; illégitimes, 192. Total, 627. — *Sexe féminin* : légitimes, 411; illegitimes, 156. Total, 597

Mortalité a Paris. — Population d'aprés le reconsement de 1881, 2,225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 février 1886 au samedi 20 février 1886, les décès ont été au nombre de 1236, savoir : 663 hommes et 573 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes Fièvre typhoide: M. 10 F. 5. T. 15. Variole : M 6, F. 7, T. 13. — Rougeole : M. 10, F 7, T. 17. — Scarlatine : M. 0. F. 1 T. 1. Coqueluche : M. 3. F. 6, T 9. — Diphthérie, Croup : M. 24 F. 11, T. 35. — Dyssenterie : M 1. F. 0, T. 1. — Erysipele : M. 2, F. 3 T. 5. — Infections puerpérales : 10 — Autres affections épidémiques : M. ., F ., T .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 25 F. 15 T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 141, F. 70 T. 211. — Autres tuberculoses. M 22, F. 7. T 29. — Autres affections generales : M. 28, F. 47. T. 75 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 28, F. 44, T. 72 — Bronchite aiguë: M. 25, F. 25, T. 50 — Pneumonie : M. 80, F. 80, T. 160. — Athrepsie . M 32, F. 30 T 62. — Autres maladies des divers appareils . M 201 F. 187, T. 388. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18 F. 8. T. 26. — Causes non classées M 7, F. 10, T. 17.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 103 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35; illégitimes, 16. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 12 Total : 52.

Congrès français de chirurgie. — (2e session, Paris 1886). La deuxième Session du *Congrès français de Chirurgie* se tiendra a Paris cette année, du 18 au 24 octobre. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18 à 2 heures, dans le grand amphithéatre de la Faculte de médecine. Le succes du premier Congrès, malgré les lacunes inhérentes aux debuts d'une pareille entreprise, nous permet d'esperer de cette seconde réunion des chirurgiens français les plus heureux résultats pour les progrès de la chirurgie dans notre pays. En outre la collaboration de plusieurs savants etrangers de langue française nous est assurée et nous est particulièrement précieuse. Quatre séances seront consacrées à des *Questions mises à l'ordre du jour*, trois au moins aux *Questions diverses*. Les conclusions de tout mémoire relatif à ces dernières devront etre envoyées au Secretariat general du 1er au 15 juillet, afin d'etre

publiées avant l'ouverture du Congrès (art. III du règlement). Le Comité permanent a décidé que les mémoires dont les conclusions n'auraient pas été ainsi communiquées ne pourraient être lus qu'après les autres, et si le temps le permet seulement. Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié. — Questions mises à l'ordre du jour : 1° *Nature, Pathogénie et Traitement du Tétanos;* 2° *De la Néphrotomie et de la Néphrectomie ;* 3° *Des Résections orthopédiques* ; 4° *De l'Intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles.* — Extrait des statuts : Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient la cotisation. La cotisation annuelle des membres est de 20 *francs.* Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès. Une cotisation de *trois cents francs* donne droit au titre de Fondateur. Une cotisation de *deux cents francs* confère le titre de Membre à vie. L'une et l'autre opèrent le rachat de toute cotisation annuelle. Prière de s'inscrire avant le 1er mai, si possible, et avant le 15 juillet, au plus tard. Envoyer la cotisation par mandat sur la poste, à M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme (Paris).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont nommés Assesseurs dans les Facultés ci-après : Faculté de Paris, M. le professeur Brouardel; — Faculté de Lyon, M. le prof. Gayet; — Faculté de Bordeaux, M. le prof. Coyne; — Faculté de Lille, M. le prof. Folet; — Faculté de Nancy, M. le prof. Heydenreich; — Faculté de Montpellier, M. le prof. Grasset.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Année scolaire 1885-86 (2e *semestre*). *Travaux pratiques d'histologie*; Direction de M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Les travaux pratiques d'Histologie du semestre d'été commenceront le vendredi 2 avril 1886, et se continueront les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 à 4 heures de l'après-midi (Ecole pratique, n° 2, rue Vauquelin). — Les travaux pratiques d'Histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de troisième année. (Les Etudiants pour l'Officiat ne sont pas astreints à ces travaux.) Les élèves auront à se munir des objets indiqués par M. le chef des Travaux. Les inscriptions seront reçues, de midi à 4 h. de l'après-midi, au bureau du Surveillant général de l'Ecole pratique, du lundi 15 mars au mercredi 31 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée. MM. les Etudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour la nomination à un emploi de chef des travaux de physiologie s'ouvrira le samedi 13 mars prochain. — Se faire inscrire avant le 12 mars et dépôt des pièces nécessaires avant cette date. Traitement annuel, 1,500 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. GARNIER, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de chimie et toxicologie à la faculté de médecine de Nancy.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. FILLION (Jean-Frédéric), bachelier ès sciences, est nommé préparateur des cours de pharmacie chimique et de pharmacie galénique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Frache, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Par arrêté du 23 février 1886, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et phamacie de Grenoble, s'ouvrira le 15 novembre 1886 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

ECOLES DE PHARMACIE. — Sont nommés Assesseurs dans les Ecoles ci-après : Ecole de Paris, M. le prof. A. Milne Edwards ; Ecole de Nancy, M. le prof. Schlagdenhauffen ; — Ecole de Montpellier, M. le prof. Planchon.

HÔPITAL DE SAINT-DENIS. — Une place d'interne en médecine devant être prochainement vacante à l'hôpital civil de Saint-Denis (Seine), les étudiants en médecine, pourvus au moins de deux examens de doctorat, qui désireraient postuler pour cet emploi, sont invités à se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet hôpital.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Nomination.* — M. le Dr CHAMBARD, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure) est nommé médecin adjoint de l'Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

CHOLÉRA. — Le conseil municipal de Paris a autorisé l'ouverture d'un crédit de 4,500 francs pour l'établissement d'une statistique complète de l'épidémie cholérique de 1884.

CORPS SAVANTS. — Le 18 février, la Chambre des Députés a procédé à la première délibération sur la proposition de loi adoptée par le Sénat sur la liberté des funérailles ; elle a inséré dans cette proposition de loi, l'amendement suivant dû à MM. de Mortillet et Y. Guyot : « Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut disposer de son corps en faveur des Etablissements d'instruction publique et des sociétés savantes. » Adopté par 266 voix contre 197.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. BRONGNIART (Charles-Jules-Edme), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur près la chaire de zoologie (arachnides, insectes et crustacés) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Moleyre, décédé.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le professeur Cornil est nommé membre de la commission chargée d'étudier l'organisation et les conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine, en remplacement de M. Jaccoud non acceptant. — M. le Dr Delpeuch (A.-L.-J.) est nommé médecin de l'octroi de Paris, en remplacement de M. le Dr Delaporte, nommé médecin en chef de la même administration. — Le gouvernement belge, imitant celui d'autres pays, vient de désigner MM. les Drs de Bruyn et Peeters pour suivre les expériences de M. Pasteur sur les inoculations cholériques...

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Archives Slaves de Biologie*, dirigées par MM. Maurice Mendelssohn et Charles Richet. Les *Archives* paraîtront tous les 2 mois en un fascicule de plus de 150 pages, avec planches ; elles ont pour but la publication en langue française des travaux scientifiques des savants Slaves, biologistes et médecins.

PRIX DAN DE LA VAUTERIE. — L'Académie de Caen avait mis au concours, pour le prix Dan de la Vauterie, la question : *De la conservation des pièces anatomiques.* — Sur le rapport du Dr Fayel, les conclusions suivantes ont été adoptées : le Dr LASKOWSKI, de la Faculté de Genève, non pour son mémoire, mais pour avoir de longue date introduit dans la science un procédé réalisant un véritable progrès propres à faciliter les études anatomiques, est déclaré hors concours et recevra avec un diplôme d'honneur le titre de membre correspondant de l'Académie. — Le prix est partagé entre M. MAURICE NOTTA, *primus inter pares*, M. DELASSUS (de Lille), et M. VIGOT (de Caen). — Le mémoire du premier de ces trois concurrents, très complet, très clair, écrit avec une grande facilité, voire même avec une certaine élégance de style et de pensée, supérieur, eût obtenu le prix entier, n'était la valeur réelle des deux autres mémoires. — Ce succès posthume et l'appréciation élogieuse du Dr Fayel n'étonneront aucun des lecteurs du *Progrès médical*, ayant connu les qualités brillantes et sérieuses dont était doué M. Maurice Notta.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Genève.* — Nous apprenons que M. Hermann FOL, bien connu en France et en Allemagne pour ses travaux biologiques, vient de donner sa démission de professeur de la Faculté.

ERRATUM. — Nous nous empressons de rectifier la phrase de la ligne 54, 2e colonne, page 155, n° 8, 20 février 1886 ; au lieu de « des centièmes » lire « *deux* centièmes ».

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du Dr Jules WEISS (de Nancy), mort à l'âge de 61 ans. D'abord médecin à Sarrebourg, il abandonna cette ville, après l'annexion, pour venir se fixer à Nancy. — M. PRAZMOWSKI, ancien professeur de physique à l'Académie médico-chirurgicale de Varsovie; il habitait Paris depuis 1870, où il dirigeait la maison Hartnack. Il a contribué au perfectionnement des microscopes et autres instruments de physique. — M. le Prof. SEIDLITZ (de Dorpat), ancien professeur de clinique interne à Saint-Pétersbourg. — Professeur STRELTZOFF (de Charkoff), histologiste et embryologiste distingué. — M. le Dr MOULY, mort à Saint-Affrique (Aveyron), à l'âge de 32 ans. — M. le Dr MARCOWITZ, ancien externe des hôpitaux de Paris, professeur de clinique médicale et dermatologie à la Faculté de médecine de Bukarest; PITON, à Maule (Seine-et-Oise).

VACANCE MÉDICALE. — On demande deux médecins pour deux communes importantes du département de Seine-et-Oise. S'adresser au bureau du journal.

Chonique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT, lundi et mardi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Médecine* : M. le professeur GRANCHER.—Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le

14ᵉ ANNÉE. — 2ᵉ SÉRIE. T. III. N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 6 MARS 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité. — M. TERRILLON.

Des névralgies du sein.

Leçon de M. le Dʳ TERRILLON, professeur agrégé de la Faculté.
Recueillie par M. le Dʳ A. Routier.

Messieurs,

A côté des tumeurs du sein proprement dites, si souvent justiciables de la chirurgie et qui entraînent avec elles un pronostic quelquefois très grave, on observe dans cette région un groupe d'affections plus bénignes décrites par les auteurs depuis Astley Cooper, sous le nom de névralgies de la mamelle, de tumeurs irritables de la mamelle.

Cette qualification ne s'applique pas en effet à une maladie toujours la même, et si dans son histoire le symptôme douleur tient le premier rang, il n'en est pas moins vrai qu'il existe en même temps d'autres caractères qu'il faut savoir reconnaître, afin d'en tenir compte pour porter un pronostic raisonné et instituer un traitement efficace. Comme dans toutes les affections douloureuses, vous aurez généralement affaire à des malades préoccupées de leur état; et dans ces cas particuliers, chez les femmes qui viendront vous consulter, cette préoccupation sera causée non tant par la douleur que par la crainte de voir se développer chez elles une tumeur du sein.

Je profite aujourd'hui de l'occasion qui se présente à nous d'observer un de ces faits pour attirer votre attention sur ce sujet, l'étudier avec vous et tâcher d'établir des divisions qui pourront vous servir plus tard dans votre pratique.

Vous m'avez vu examiner une jeune fille âgée de 19 ans qui se plaignait de douleurs vives dans le sein droit. Ces douleurs dataient de dix mois. Elle venait nous consulter surtout parce qu'elle redoutait l'existence d'une tumeur. Cette jeune fille avait les deux seins très développés, tendus, le sein du côté droit paraissait un peu plus gros que celui du côté gauche. Elle avait, nous disait-elle, dans ce sein la sensation d'une tension, d'une plénitude continue qui la gênait, mais c'est surtout au moment de ses règles que cette gêne se changeait en douleur : elle souffrait ainsi pendant les quatre ou cinq jours qui précédaient ses règles, et dès que la perte de sang était bien établie, elle était un peu soulagée.

Cette jeune fille attirait en outre notre attention sur une série de points douloureux plus fixes situés au pourtour de la glande, et sur des irradiations douloureuses qui remontaient tantôt dans le cou, tantôt dans l'épaule, et qui souvent aussi descendaient le long du bras. La palpation attentive du sein nous permit de nous assurer qu'il n'y avait là aucune tumeur, mais à travers la graisse abondante qui doublait la peau de la région, on sentait des grains durs mamelonnés, disséminés sur tout le pourtour du sein et qui n'étaient autre chose que les lobules de la glande. La pression sur ces portions plus accessibles du sein réveillait un peu la douleur. Inutile de vous dire que ni dans l'aisselle ni ailleurs nous n'avons trouvé de ganglions. En présence de ces faits, j'ai cru pouvoir porter le diagnostic de *névralgie mammaire* et j'ai conseillé à cette jeune fille une compression méthodique avec de la ouate et des bandes entourant complètement le côté droit de la poitrine et le sein correspondant. Je lui ordonnai aussi quelques cachets de sulfate de quinine à prendre dans l'intervalle et avant ses règles au moment où les douleurs semblent augmenter.

Cette observation très nette et très bien analysée devant vous, va nous permettre d'étudier complètement la névralgie mammaire et ses variétés.

Sans vouloir vous faire l'historique complet de la question, je vous rappellerai qu'Astley Cooper le premier a décrit la névralgie de la mamelle qu'il appelle aussi *tumeur irritable* de la mamelle. Après lui, Rufz, Velpeau, Broca, ont repris sa description avec quelques variantes. En 1859, Lechat soutenait sa thèse inaugurale sur ce sujet. Les thèses ou mémoires parus depuis ont peu ajouté à la question. Astley Cooper avait vu qu'il fallait établir deux grands groupes : Celui où il y a névralgie sans tumeur appréciable, et c'est cette variété que je veux surtout étudier devant vous ; celui dans lequel la névralgie a pour point de départ, une tumeur. Disons de suite, que cette tumeur est ordinairement petite, bénigne, et que son ablation est ordinairement suivie de la guérison de la névralgie.

Les névralgies vraies ou essentielles de la mamelle se présentent d'habitude dans trois conditions différentes. Afin de bien vous les faire comprendre, je ferai suivre chacun des types que je vais vous décrire d'une observation personnelle qui vous rendra plus compréhensibles les détails qui caractérisent chaque variété.

Dans un premier groupe, vous pourrez ranger les malades ayant des mamelles dures, tendues, turgescentes, comme érectiles : ce seront le plus souvent des jeunes filles ou des jeunes femmes grasses, bien portantes, souvent arthritiques, et facilement congestives; chez elles, la névralgie s'accroîtra avant et au moment des règles, je vous ai déjà montré un cas de ce genre, la jeune fille dont nous avons analysé la maladie au début de cette leçon; en voici un second :

Mme X..., âgée de 34 ans, grasse, bien portante, sans enfants, bien réglée, se plaint de douleurs violentes dans le sein droit. Depuis quelques années elle s'apercevait que, au moment de ses règles, le sein droit devenait plus gros, plus dur, plus saillant et était péniblement gêné par le corset. Bientôt survint une véritable névralgie, intermittente, avec des points douloureux disséminés dans la mamelle, correspondant à des grains douloureux; puis, une gêne très notable, même dans l'intervalle des règles.

Voici ce qu'on constate de plus important au moment des crises les plus douloureuses : Le sein droit, volumineux, semble plus dur, plus turgescent et plus élevé que celui du côté gauche. On ne peut comparer cette apparence qu'à une véritable érection. Les veines sous-cutanées sont plus apparentes. Par la palpation on rend la glande dure, tendue, immobilisée sur

la poitrine. La peau et le tissu sous-cutané sont indurés. Cette induration occupe non seulement la région mammaire mais aussi la région sous-claviculaire et remonte jusqu'à la base du cou.

La palpation est douloureuse surtout dans trois points ordinairement constants : Un point extérieur à la mamelle, mais très près d'elle, du côté externe, près de l'aisselle; un autre sur le sein lui-même, sur son segment externe ; là on sent une nodosité appréciable, mais non mobile, se confondant avec la mamelle et dont la surface seule est distincte. Plusieurs grains mammaires semblables sont disséminés dans la mamelle, et sont également sensibles, mais beaucoup moins douloureux. Enfin un point douloureux existe en avant du sternum, à gauche, à côté du sein. Ces points douloureux sont le siège d'élancements intermittents et le point de départ de douleurs irradiées dans l'épaule, la base du cou, l'aisselle et le bras.

Ces phénomènes congestifs durent quelques jours, surtout au moment des règles et disparaissent pour laisser un endolorissement souvent pénible mais moins douloureux. La moindre pression exaspère les douleurs. Il semble que les changements rapides de la pression barométrique ont une influence manifeste sur ces crises douloureuses.

Après plusieurs mois de souffrances avec des exacerbations variables, cette malade a été soulagée par des applications de sangsues. La compression ne fut pas employée, mais on a eu recours à un vêtement en tricot servant de soutien et doucement appliqué au-dessous du sein. En même temps on a soumis la malade au salicylate de soude, car elle présentait des phénomènes rhumatismaux évidents. Sous l'influence de cette médication, les phénomènes douloureux ont beaucoup diminué et l'état névralgique s'est considérablement amélioré. Cette amélioration a pu seule rassurer la malade qui se croyait atteinte d'une maladie grave, cancéreuse ou autre.

Dans un second groupe, nous rangerons les malades présentant des mamelles volumineuses, bien détachées du thorax, pendantes, comme pédiculées, et qui sont cependant douloureuses et congestives ; voici une observation de cette catégorie :

Mme X..., âgée de 52 ans, est petite, grasse, bien portante et a eu plusieurs enfants, qu'elle a tous nourris. Ses seins sont volumineux, pendants, détachés du corps. Jusqu'à l'âge de 49 ans elle portait un corset. A cette époque, soit qu'elle se négligeât un peu, soit que son corset la gênât, elle crut pouvoir l'abandonner. Après quelques mois, elle commença à ressentir des douleurs peu prononcées, intermittentes, dans les deux mamelles. Bientot du côté gauche la douleur fut plus vive, elle s'y localisa ; en même temps elle s'aperçut que le sein de ce coté paraissait plus dur, plus gros, la pression y était douloureuse, et des exacerbations périodiques se montraient tous les mois, au moment où elle devait avoir ses règles, qui ont disparu.

Persuadée qu'elle a une grosseur au sein, peut-être un cancer, dit-elle, elle consulte son médecin qui constate l'induration de la glande, partage l'erreur de sa cliente et me l'adresse pour lui enlever cette tumeur.

La palpation attentive et méthodique de la mamelle me permit bientôt de rassurer la malade, je lui conseillai une compression soutenue, faite avec de la ouate et des bandes de flanelle.

L'induration disparut bientôt, et avec elle, la douleur. Depuis, grâce à un soutien continu des deux seins au moyen du corset abandonné, cette dame n'a plus ressenti aucune névralgie de la mamelle.

Enfin, un troisième groupe est constitué par des femmes maigres qui ont les mamelles petites, sans graisse, où il n'existe que la glande et le squelette fibreux qui la constitue.

Tel est le cas d'une jeune femme de 35 ans, maigre, grande, ayant eu deux enfants qu'elle n'a pas nourris. Elle a les mamelles très petites, appliquées sur le thorax; on peut plisser la peau à leur niveau. Toujours très nerveuse, elle vit survenir depuis un an environ des douleurs dans le sein droit, douleurs qui s'accompagnent d'une sorte de congestion de la glande et qui précèdent les règles. Pendant ces crises, la mamelle durcit, la moindre pression est très douloureuse.

Je pus observer cette malade successivement pendant ses règles et dans l'intervalle des périodes menstruelles : la mamelle avait un aspect tout différent. Au moment des crises, pendant les règles, la mamelle durcissait et, à la palpation, on avait la sensation que donnerait une grappe de raisins tellement les grains glanduleux se détachaient les uns des autres ; ils n'étaient cependant pas isolables, mais agglomérés les uns contre les autres formant un tout et éloignant l'idée de tumeur. Je l'ai guérie en lui faisant appliquer des vésicatoires volants, et en employant la compression méthodique. Comme elle était en outre assez manifestement arthritique, elle prit aussi un peu de salicylate de soude. La compression méthodique unie à cette médication nous donna un merveilleux résultat.

Jusqu'ici vous le voyez, Messieurs, nous n'avons pas trouvé de tumeurs accompagnant la névralgie.

Il est des cas où il semble qu'on ait bien affaire à une tumeur : mais je dois, dès à présent, vous mettre en garde contre une cause d'erreur qui pourrait tenir uniquement à votre mode d'exploration. Souvenez-vous des préceptes que donne Velpeau quand il montre comment on doit examiner un sein.

Quand on saisit la mamelle transversalement, à pleine main, on apprécie parfaitement la résistance, la dureté qu'offrent les lobules, et il n'est point rare d'en rencontrer un qui surpasse les autres en densité, même à l'état normal. Or si l'on n'était « prévenu de ce fait, on pourrait croire à l'existence d'une tumeur ; il suffit pour l'éviter d'explorer la glande dans un autre sens, au lieu de la saisir transversalement, il faut l'appliquer sur la paroi pectorale et la palper dans cette position. Alors, si l'on n'a affaire qu'à une simple différence entre les lobules elle n'est plus appréciable ; s'il y a une tumeur, la sensation persiste et on peut en saisir toutes les inégalités.

Mais il faut savoir que souvent aussi il y a véritablement tumeur avec la névralgie ; on a comparé ces tumeurs à des tubercules sous-cutanés douloureux ; ce sont rarement des névrômes vrais : le plus souvent ce sont des fibromes, des myxomes. L'ablation dans ces cas guérit le plus souvent la douleur, mais pas toujours, et voici un exemple où l'opération ne fit que soulager momentanément la malade :

Mme X..., âgée de 45 ans, maigre, nerveuse, mais ordinairement bien portante, n'a eu qu'un enfant il y a vingt ans. Les règles ont disparu depuis deux ans. Il y a trois ans environ, elle ressentit des douleurs assez vives dans la région externe du sein gauche. Les douleurs, assez localisées, survenaient à intervalles réguliers.

Le Dr Dubois, son médecin, en l'examinant avec soin trouva, en dehors du sein, une petite tumeur grosse comme une lentille, mobile, douloureuse à la pression et qui était manifestement l'origine des douleurs. Malgré plusieurs traitements locaux ou généraux, la petite tumeur augmenta légèrement, et surtout les douleurs devinrent plus vives dans le sein et s'accompagnèrent d'irradiation dans l'épaule, dans l'aisselle et jusque dans la partie interne du bras.

Il fut décidé que la tumeur serait enlevée. L'opération fut pratiquée le 15 octobre 1878. La cicatrisation se fit sans encombre, et les douleurs disparurent localement. Malheureusement cette malade que j'ai souvent revue, a conservé depuis cette époque des névralgies vagues, sans point de départ précis, dans la région mammaire, et dans les parties voisines, cou et épaule. Aucune tumeur n'a reparu. La petite grosseur enlevée, avait le volume d'une petite amande. Examinée au laboratoire de M. Ranvier, elle était constituée par du myxome englobant d'une façon manifeste quelques filets nerveux, que les préparations à l'acide osmique rendirent très manifestes.

Maintenant que je vous ai montré les divers types de névralgie que présentent ces malades, et que je vous en ai rapporté plusieurs observations confirmatives, il va m'être bien facile de vous donner une description synthétique de cette affection.

Le symptôme capital c'est la douleur siégeant sur une seule mamelle le plus souvent ; tantôt cette douleur est diffuse, mal localisée, occupe toute la glande dans laquelle on a de la peine à fixer des points plus douloureux les uns que les autres; tantôt, plus limitée, la douleur siège dans des points bien fixes, toujours les mêmes, et est exaspérée par la pression à leur niveau. Enfin il est des cas où on sent dans un de ces points une vraie nodosité, une petite tumeur. Rarement cantonnée dans la région du sein, la douleur s'étend en dehors, en dessous, en dedans de la glande ; souvent il y a des irradiations à trajet fixe, la douleur remonte vers le cou, envahit tout le moignon de l'épaule, se fait sentir dans l'aisselle, ou, descendant le long du bras, arrive jusqu'au petit doigt.

Les caractères de la douleur sont ici comme toujours très variables : tantôt persistante et avec redoublement, elle est quelquefois franchement intermittente, alors aussi on observe ces relations entre le moment des crises et les époques menstruelles. Tantôt la malade ressent comme des piqûres d'aiguilles, des élancements comparables à ceux qu'on a dans un doigt atteint de panaris, ou bien c'est une sensation de torsion analogue à ce que produirait une main tordant la mamelle. Enfin d'autres éprouvent une sensation de réplétion, il semble que le sein est rempli de liquide. J'ai comparé cet état à une véritable érection. En effet la glande devient saillante, tendue, et semble se relever par rapport à celle du côté opposé. Ces douleurs qui peuvent avoir assez d'intensité pour priver les malades de sommeil, influent d'une manière néfaste sur leur état général. Les femmes qui en sont atteintes sont tristes, préoccupées, elles redoutent toujours de voir se développer un cancer, et croient volontiers à la présence d'une tumeur. Je sais bien qu'il est un point difficile à élucider, on peut toujours se demander si c'est bien l'état local qui prime l'état général ou inversement ; Broca qui a bien étudié les tumeurs sous-cutanées douloureuses disait que ce n'est pas la tumeur qui est irritable, mais bien la malade : il admettait cependant l'existence de la névralgie de la mamelle, même sans tumeur.

La durée de cette affection est longue, et elle n'a que peu de tendance à la guérison spontanée. Les causes sous l'influence desquelles elle se développe sont multiples. Ici, comme lorsqu'il s'agit d'expliquer la production des tumeurs du sein, il est rare que les femmes ne se rappellent pas avoir reçu un coup si léger qu'il soit sur la région ; il est vrai que souvent c'est là une cause parfaitement acceptable.

L'usage du corset mal fait et qui contusionne le sein d'une façon chronique et répétée peut aussi être invoqué ; de même l'absence de corset dans le cas de mamelles pendantes en privant ces organes d'un soutien habituel, ce qui occasionne des tiraillements, lesquels peuvent devenir le point de départ de névralgies. Enfin l'état général a aussi son influence ; les arthritiques, les femmes mal réglées et nerveuses, auront une vraie prédisposition à la névralgie mammaire.

Le diagnostic de cette affection est très facile, dit Astley Cooper. Il est cependant telle circonstance où la sagacité du chirurgien est aux prises avec des points assez délicats. Souvent vous devrez vous prononcer sur l'existence ou l'absence d'une tumeur, cela est quelquefois difficile : il faudra savoir trouver dès leur origine ces tumeurs très petites qui peuvent être le point d'origine d'un sarcome ou d'un myxome.

Mais il faut vous rappeler cette règle générale, que, dans la tumeur maligne du sein, la douleur n'existe presque jamais au début. Vous avez certainement tous vu de ces cancers arrivés à un volume déjà considérable ou même à la période d'ulcération, avec ganglions gros et durs dans l'aisselle, sans que la malade accusât la moindre douleur. Le plus souvent la malade trouve la tumeur par hasard. C'est donc surtout entre un petit fibrome, un petit myxome et des grains glandulaires un peu plus durs qu'à l'état normal que sera circonscrit votre diagnostic.

Il est souvent difficile de différencier la névralgie mammaire avec la névralgie intercostale. Cependant celle-ci occupe inclusivement l'espace intercostal, et ne se montre pas dans la glande elle-même. Enfin on pourra rechercher les points douloureux indiqués par Valleix ; surtout sur le côté et en arrière. Le pronostic n'est pas grave en lui-même : cependant la douleur peut acquérir une telle intensité, une telle continuité qu'elle rende la vie insupportable.

Le traitement devra nécessairement varier avec les cas ; il faudra tout d'abord remédier dans la limite du possible, à ce qui paraît être la cause de la névralgie. C'est ainsi que, dans le cas de mamelles pendantes, il faudra conseiller un corset bien fait, ou l'usage d'un maillot de tricot ou de soie qui empêche le ballottement et les tiraillements incessants auxquels la mamelle est sujette. Un appareil de suspension en flanelle prenant appui sur l'épaule du côté opposé rendra souvent de grands services. Les révulsifs, les émissions sanguines, sont à conseiller dans ces cas de mamelles turgescentes.

Mais n'oubliez pas que, dans beaucoup de cas, vous devez avoir recours à la compression ouatée. Celle-ci doit être pratiquée méthodiquement et d'après des règles établies par Broca. Le sein étant bien garni de ouate, on doit comprimer au moyen de bandes (autant que possible des bandes de flanelles) exactement appliquées et passant les unes en sautoir sur l'épaule du côté opposé, les autres circulairement autour de la poitrine et sur l'autre sein. Cette compression doit être appliquée

de nouveau ou renouvelée tous les trois ou quatre jours, et resserrée par l'adjonction d'une bande nouvelle après deux jours. Sans cette précaution la ouate s'aplatit et la compression cesse.

La compression doit être soutenue ainsi pendant une vingtaine de jours et même davantage, si cela est nécessaire, car elle constitue le meilleur moyen pour faire disparaître la névralgie. Dans les cas rebelles, les pointes de feu, la pulvérisation d'éther pourront être appliquées. Il ne faudra jamais négliger le traitement général, l'arsenic, le sulfate de quinine pour les cas où les douleurs sont intermittentes.

Le salicylate de soude chez les rhumatisantes; l'aconitine et le bromure de potassium chez les névrosthéniques, nous aideront à mener à bien la cure de cette maladie.

Enfin, Messieurs, quand votre examen vous aura révélé l'existence d'une tumeur, il faudra l'enlever, sans trop tarder, car il faut toujours craindre que la névralgie dont elle est le point de départ, ne persiste, malgré l'ablation.

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **Charcot**.

Du mutisme hystérique (*Suite et fin*) (1);

Par le Dr **A. Cartaz**, ancien interne des hôpitaux.

1° Le début est en général soudain; à la suite d'une frayeur, d'une émotion quelconque, le malade est privé de la parole. Nous disons en général, car dans certains cas (voy. obs. 8, 17, 19) l'aphonie existait depuis un certain temps avant la perte de la parole. Dans un cas de M. Revilliod, il est dit que la phonation allait peu à peu en diminuant avant de se suspendre tout à fait.

C'est souvent après une attaque franche d'hystérie qu'au réveil, au retour du sentiment, on constate, avec ou sans autre paralysie, le mutisme absolu. D'autres fois la perte de la parole arrive subitement sans cause accidentelle bien appréciable.

2° Le malade est dans l'impossibilité de crier, d'émettre un son; il est aphone, mais il est également aphasique, car il ne peut articuler les mots à voix basse.

Qu'on me permette une petite digression au sujet de cette distinction entre l'aphonie et l'aphasie. Les paralysies hystériques du larynx sont très fréquentes; certains auteurs les considèrent même comme les plus fréquentes. Ce sont elles qui fournissent, dans certains cas, au médecin, ce succès facile et toujours surprenant de guérir instantanément le malade, quelquefois par la seule application du miroir. Leur caractère est typique; survenues subitement, chez des sujets nerveux, elles sont le plus souvent bilatérales et portent sur les muscles tenseurs et adducteurs, bien plus rarement sur les abducteurs. Suivant les muscles atteints, suivant le degré de paralysie, l'aphonie est plus ou moins complète. Il y a extinction ou raucité de la voix; impossibilité de parler à voix haute; mais la voix chuchotée persiste. Le malade peut se faire comprendre par la parole à voix basse. Les muscles phonateurs ne fonctionnent pas ou fonctionnent mal et le sujet ne peut émettre un son ni parler haut, de façon à se faire entendre à distance; mais il n'est pas aphasique; il peut s'exprimer à voix basse.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 7 et 9, 1886.

C'est un point bien démontré par les études si nombreuses de physiologie de la phonation. Dans le chuchotement, dans la parole à voix basse, le larynx n'intervient pas, les cordes vocales n'entrent pas en vibration. L'air glisse dans le larynx comme dans la trachée, dans les conduits aériens, sans que les muscles intrinsèques viennent imprimer aux cordes de mouvements. Rosapelly (*Travaux du labor. de Marey* 1876) Boudet de Paris (*Acad. des sciences* 1879) et d'autres physiologistes, ont démontré expérimentalement, par l'inscription simultanée des vibrations du larynx, des mouvements des lèvres et de la langue, l'absolue indépendance du premier organe dans la production des consonnes et même des voyelles, dans la voix chuchotée.

Je me serais moins étendu sur ce sujet si le professeur Revilliod n'avait cherché à expliquer par une simple paralysie d'un des muscles du larynx les troubles observés chez le malade qui fait le sujet de la première observation. Ch... a passé plusieurs mois dans le service du distingué professeur de Genève pour les mêmes accidents qui l'ont amené à la Salpêtrière. Le laryngoscope faisait constater un défaut de tension des cordes vocales; il existait de plus un certain degré d'anesthésie de l'isthme du gosier et du vestibule de la glotte, troubles dépendants d'une paralysie du larynx supérieur. Le malade était, à son entrée dans le service, absolument muet.

Voici, d'après le travail du Dr Revilliod, comment il interprète la pathogénie de ce cas particulier. « L'anesthésie du domaine du laryngé supérieur concourt, de son côté, à démontrer que cette sorte de mutisme est due à une paralysie de ce nerf, lors même qu'on observe souvent le mutisme sans anesthésie et réciproquement, l'anesthésie sans mutisme..... Quoi qu'il en soit, cette triade symptomatique (paralysie du crico-thyroïdien, anesthésie de l'isthme et du larynx, douleur sternale dans l'effort vocal) nous invite à admettre que le laryngé supérieur peut être seul atteint par l'hystérie et que ce nerf jouit du triste privilège d'être facilement influencé par cette maladie, de sorte que, lorsque dans un cas de mutisme, le laryngoscope nous démontre l'absence de tension des cordes vocales, coïncidant avec l'intégrité de leurs mouvements d'adduction et d'abduction, c'est-à-dire lorsqu'il indique la paralysie du laryngé supérieur et l'état normal du récurrent, nous serons autorisés à admettre la nature hystérique de cette affection. »

Je ne saurais admettre ces conclusions; que la paralysie du crico-thyroïdien, coïncidant avec l'intégrité des fonctions des adducteurs et abducteurs, indique l'origine hystérique de la maladie; c'est souvent exact, bien qu'on puisse trouver à ce défaut de tension plusieurs autres causes; que cette lésion explique un degré d'aphonie plus ou moins complète, c'est encore vrai. Mais une paralysie du laryngé supérieur ne peut expliquer le mutisme; la parole à voix basse peut subsister, le larynx seul est atteint, la voix haute seule est détruite.

Dans le cas cité par M. Revilliod, le mutisme était complet, comme je l'ai observé moi-même; quand j'ai examiné ce malade la paralysie laryngée était cependant moins localisée; le crico-thyroïdien était atteint; mais aussi les thyro-aryténoïdiens; le mutisme était toujours aussi absolu.

On peut du reste opposer à cette interprétation les faits où il existait, avec du mutisme, une paralysie laryngée portant sur d'autres muscles que le crico-thyroïdien.

Dans le cas de Jarvis (voy. obs. 18), il s'agissait d'une paralysie de l'ary-aryténoïdien; dans celui du Dr Thermes, Krishaber avait noté une paralysie d'un abducteur. Dans certains cas, comme dans cette dernière observation, on peut voir des variétés dans les troubles laryngés survenant dans le cours de la maladie, sans aucune modification du mutisme.

L'aphonie n'a donc, dans ces cas complexes, rien de particulier; on a constaté au laryngoscope des paralysies des muscles tenseurs et adducteurs crico-thyroïdien, thyro-arytenoïdien, ary-aryténoïdien; mais les autres muscles remplissent leur rôle, on voit les cordes vocales s'écarter ou se rapprocher de la ligne médiane, quand on dit au malade de chercher à crier.

On constate également une anesthésie plus ou moins complète du pharynx et même du larynx. Mais cette anesthésie n'a rien de spécial à l'aphonie ou au mutisme. On l'observe fréquemment chez les hystériques qui n'ont aucun trouble de la phonation ou de la parole.

Ainsi donc, dans le mutisme hystérique, nous trouvons en même temps de l'aphonie et de l'aphasie. C'est en effet là un des traits typiques de ce phénomène; l'aphonie hystérique simple, la paralysie d'un des groupes de muscles du larynx est très fréquente. Le mutisme est au contraire relativement rare. Et ce qui confirme la nature psychique, centrale de cette manifestation nerveuse, c'est que les muscles du larynx ne sont pas toujours frappés d'impotence, et quand ils le sont dans une mesure plus ou moins prononcée, le trouble fonctionnel qui résulte de cette parésie ou paralysie ne peut donner l'explication de l'ensemble du phénomène.

3° L'intelligence est absolument conservée : sitôt qu'on l'interroge, et c'est là un signe bien caractéristique, le malade, conscient de son incapacité, ne cherche pas à répéter le mot, à essayer une articulation impossible. Il saisit rapidement la plume, le crayon, et rédige par écrit, à la demande, les réponses toujours très nettes, très précises.

Nous disons que c'est là un signe caractéristique. Plus d'une fois M. Charcot a reconnu l'hystérie à la seule façon d'être des malades, quand on les interroge. Aussi ne saurait-on accepter, dans toute sa rigueur, l'opinion de M. Legoux, qui pense que, dans l'hystérie, l'aphasie n'est pas un élément de diagnostic; ce sont au contraire, dit-il, les signes bien constatés de l'hystérie qui permettront de donner à ce symptôme sa véritable signification. Je ne crois certainement pas qu'on puisse, à l'exemple d'un maitre rompu à toutes les difficultés du diagnostic des affections nerveuses, préciser aussi nettement et du premier coup d'œil, les cas d'origine hystérique; mais je veux dire que par sa modalité, ses caractères, ce symptôme évoquera facilement chez un observateur attentif, l'idée de sa nature. Au surplus, on ne devra pas manquer de s'éclairer par un examen minutieux (exploration de la sensibilité, recherche des zones hystérogènes...) par l'étude des antécédents. — Cette forme d'aphasie ne ressemble en effet en rien aux aphasies de cause organique. Dans ce dernier cas, nous voyons le malade faire un effort pour saisir et répéter le mot, le balbutier d'une façon inintelligible ou répondre par un autre mot ou par un mot invariable. Ici, rien de semblable, il n'y a ni surdité verbale, ni cécité verbale, l'intelligence est intacte. La réponse suit immédiatement la demande, si le sujet sait écrire. A la période de retour de la parole, quand l'aphonie est moins complète, la différence s'accuse moins nettement. Le malade a quelquefois du mal à prononcer le mot exact, mais il l'écrit avec correction, témoignant bien de l'intégrité de l'intelligence. Or, dans certains cas d'aphasie, due à une lésion organique, on peut observer cette dissociation; abolition de la parole, conservation de l'écriture. Mais elle n'existe jamais d'une façon aussi tranchée, et avec cette vivacité de l'intelligence, comme nous le voyons chez l'hystérique.

4° Le retour de la parole est également subit dans la plupart des cas; mais il ne se fait pas *ad integrum* dès le premier moment. Il y a, pendant un certain temps qui peut varier de quelques jours à des semaines, du bégaiement, une certaine hésitation de la parole. Chauffat (obs. 1) avait lui-même bien remarqué cette particularité qui est frappante dans l'obs. 2.

Inutile d'ajouter qu'on observe en même temps ou qu'on relève, dans les antécédents, d'autres manifestations de l'hystérie. Souvent le malade présente de l'anesthésie, des zones hystérogènes; un avait des vomissements, un autre de la surdité; cet ensemble symptomatique vient confirmer le diagnostic. L'hémiplégie qui est survenue chez quelques malades en même temps que l'aphasie, pourrait embarrasser dans certains cas; mais on n'observera pas, chez l'hystérique, de déviation de la bouche, de la langue, de paralysie faciale. C'est la présence, très passagère, de ce symptôme, qui nous a fait classer à part, comme dubitative, l'observation de S... (obs. IV).

Il est du reste facile de reproduire, par la suggestion hypnotique, le mutisme hystérique. Pendant la période de somnambulisme, on fait causer une malade; puis baissant la voix, on lui dit : je n'entends pas... tu dis... mais tu ne peux donc plus parler... et au bout d'un instant, la malade est aphasique et aphone, ne pouvant ni crier ni parler, s'impatientant de ne pouvoir répondre aux questions et si elle sait écrire, se jetant sur un papier pour vous écrire : je ne peux pas parler... Vous voyez bien que je ne peux pas. C'est la représentation exacte des troubles observés chez nos malades, mais je ne fais que signaler en passant ces recherches, qui doivent faire prochainement l'objet d'un travail de la part d'un de nos collègues.

Cette manifestation de l'hystérie a une certaine importance au point de vue médico-légal. On peut prendre pour une simulation, chez de jeunes enfants, chez des militaires, ce qui n'est que le résultat d'une affection sérieuse qui, dans ce dernier cas, peut être une cause de réforme. Quelques observations, publiées comme exemples de simulation, peuvent être, selon toute vraisemblance, rapportées au mutisme hystérique et l'on ne saurait, d'une façon absolue, à moins d'absence complète de tout autre symptôme d'hystérie, inférer de la guérison immédiate obtenue par l'application d'une médication énergique (courants électriques, douche violente, etc.)

Le traitement n'offre rien de spécial. Il en est de ce phénomène comme des autres manifestations de l'hystérie, et le traitement ne diffère pas de celui qu'on applique à la maladie en général. L'hydrothérapie, l'électrisation par courants faradiques, l'application d'aimants peuvent aider au retour de la parole. Une attaque nouvelle d'hystérie a suffi quelquefois pour modifier l'état psychique et faire disparaître le mutisme. Bateman cite le cas d'un malade aphasique depuis six jours et qui se réveilla un matin en criant : *A man the river;* il avait rêvé qu'un homme était tombé dans la rivière, et le choc mental produit par ce rêve avait suffi pour lui

*

rendre la parole. La violence de la douleur, le paroxysme contractural causé par le passage de courants intenses peut certainement hâter le retour de la parole et de la voix; mais il faut se méfier un peu de ces actions violentes. J'ai vu, dans un cas d'aphonie simple, une paralysie des tenseurs être brusquement remplacée, pendant le passage du courant, par un spasme des muscles adducteurs dont quelques inhalations de chloroforme amenèrent heureusement la résolution rapide.

THÉRAPEUTIQUE

Hernie inguinale acquise. — Guérison par le bandage ;

Par le Dr CABRAL.

La guérison d'une hernie non congénitale étant l'exception, j'ai cru devoir signaler le cas qui fait le sujet de cette observation :

Au commencement de janvier 1884, je fus appelé à donner des soins à M. C..., rentier, âgé de 86 ans et demeurant à Paris. Le malade, atteint d'une cystite chronique, me consultait pour ce fait.

En procédant à l'examen, je constate, en outre, qu'il porte un bandage et qu'il a dans les bourses une tumeur de la grosseur d'une poire ordinaire. J'apprends, par l'interrogatoire, que cette tumeur était apparue pendant des efforts de défécation au mois de mai de l'année 1881. Un bandage avait été appliqué, mais la tumeur ressortait à tout propos, et le malade conservait, sans autre inconvénient, le bandage alors que la tumeur était dehors.

Je diagnostique une hernie inguino-scrotale funiculaire gauche et je la réduis par le taxis avec une grande facilité. Mais, si la réduction en est facile, la sortie l'est au moins autant; car jamais, depuis cette époque, et malgré les différents bandages, je n'ai pu maintenir la tumeur réduite plus d'un ou deux jours. Le Dr A... a fait aussi quelques applications de bandage, mais sans plus de succès.

Au mois d'avril je cesse de faire porter le bandage que je remplace par un suspensoir et je me contente de vérifier d'abord tous les jours, plus tard à des intervalles plus éloignés, si la réduction de la hernie est toujours facile.

Le 23 septembre je fais une tentative de réduction (je n'en faisais plus que tous les quinze jours), qui fut longue et difficile. La réduction obtenue, j'appliquai le bandage à pelote au bec de corbin.

Depuis ce jour, la hernie n'est plus ressortie.

Le 20 octobre, le malade se plaint d'une douleur provoquée par la pelote. En soulevant la pelote, je constate une plaie de 7 à 8 millim. d'étendue produite par le bec de la pelote. J'enlève le bandage et je fais un pansement avec une solution de chlorate de potasse.

Le 23, la plaie est cicatrisée; la hernie qui n'avait pas paru le jour où j'avais enlevé le bandage ne se constate plus.

Dans la nuit du 6 decembre, le malade est pris d'une forte bronchite pour laquelle il ne veut prendre aucun soin. Malgré les efforts de tous les jours suivants, et malgré qu'il ne porte plus de bandage, M. C... se dit aujourd'hui guéri de sa hernie et, de fait, depuis deux mois, la tumeur semble définitivement réintegrée en son domicile.

Il m'a paru intéressant de signaler ce fait, vu surtout l'âge du malade (86 ans).

Note sur un cas de dysentérie guérie par le seigle ergoté;

Par le Dr BOISSEAU DU ROCHER.

M. D..., homme robuste, âgé de 41 ans, n'ayant jamais été malade, est pris de diarrhée colliquative le 9 octobre. Il essaie de l'arrêter avec le bismuth et le laudanum. Les selles ne sont que plus abondantes jusqu'au soir.

Appelé auprès de lui, à huit heures du soir, on me raconte que, depuis une heure, il a eu quatre syncopes, dont l'une a duré au moins vingt minutes. Il a les traits tirés, il est pâle, comme amaigri, et le corps est couvert d'une sueur froide et visqueuse. Je lui donne aussitôt de l'alcool. Les selles, très nombreuses, et accompagnées de douleurs abdominales extrêmement vives, et exacerbantes, et de ténesme, viennent de se reproduire. Elles sont accompagnées de mucosités visqueuses, blanchâtres, striées par des filets de sang. Le pouls est à 130. Calomel, 1 gramme; alcool.

11 *octobre*, matin. Pouls 120. Calomel, 2 gr. en 10 paquets, alcool. Soir: pouls 110. Etat général moins mauvais, selles moins nombreuses, moins douloureuses, mais toujours muco-sanguinolentes.

12 *oct.* matin : Pouls 120. Continuation du calomel; alcool. L'état est le même. Dans la journée, stomatite mercurielle intense. Cessation du calomel; soir : pouls 110.

13 *oct.* matin : Pouls 110. L'état général s'est un peu amélioré, mais les selles sont toujours mélangées de mucosités sanguinolentes. Seigle ergoté, 3 gr. en six prises.

Dans toute la journée, deux selles seulement franchement diarrhéiques, contenant quelques débris muqueux, sans trace de sang. Soir : Pouls, 100.

14 *oct.* matin : Pouls 82. Pas de selles dans la nuit. Le matin une selle entièrement diarrhéique et peu abondante. Etat général très bon. Continuation du seigle ergoté; soir : Pouls 80 ; pas de selle dans la journée.

15 *oct.* Guérison,

RÉFLEXIONS. — M. D... est des plus robustes; le second jour d'une dysentérie, il est dans un état qui fait craindre un dénouement prochain, peut-être subit. Soumis au traitement par le calomel, au bout de trente-six heures, la stomatite apparaît, et les selles ont gardé la même apparence. Le pouls est toujours élevé, et si l'état général est moins mauvais, c'est plutôt à l'alcool que nous ne le devons. Soumis alors au seigle ergoté, il n'y a plus que deux selles dans la journée, sans trace de sang, et diarrhéiques. Vingt-quatre heures après, le pouls est tombé à 80, et les selles sont entièrement supprimées. C'est dès lors la convalescence. Ce résultat rapide, dû au seigle ergoté, nous fait regretter de n'avoir pas eu recours à ce traitement dès le début de la maladie; il nous autorise à croire ensuite que c'est là un médicament précieux contre la dysentérie, et qui mérite au moins une sérieuse attention, s'il n'est pas réellement le remède souverain.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, en date du [illegible] février 1886, le prix annuel de médecine militaire est accordé pour 1885 à M. [illegible], médecin-major de 2e classe; le prix annuel de chirurgie militaire pour 1885, est partagé entre MM. les Drs [illegible] et Delorme, médecins majors de 1re classe.

NOMINATIONS. — M. le Dr RATTEL, par arrêté ministériel en date du [illegible] février, vient d'être nommé médecin adjoint à l'Institut national des Sourds-muets de Paris. — La Société de médecine d'Odessa a décidé d'envoyer à Paris, M. le Dr Gamaleïa, directeur de l'Institut bactériologique pour suivre les expériences de M. Pasteur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 8 mars 1886, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. — Ordre du jour : I. Élection de six membres correspondants nationaux; II. Rapport sur un candidat au titre de membre correspondant étranger; III. Discussion sur l'empoisonnement par la colchicine; IV. Analyse par M. BOUCHEREAU, d'une brochure de M. CLOSMADEUC, sur le Procès des Sorciers de [illegible]; V. Rapport de M. BROUARDEL sur un cas de responsabilité [illegible]; VI. Rapport de M. DESCOUTS sur un cas d'asphyxie par strangulation; VII. Rapport verbal par M. MASPRENIER sur l'affaire des frères [illegible] de Bruxelles.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le grand hôpital municipal de Berlin.

Par MM. CHANTEMESSE, médecin des hôpitaux, et CLADO, interne des hôpitaux.

Faire des hôpitaux dont le prix relativement modéré permette d'en multiplier le nombre, les constituer de pavillons isolés, les doter des ressources que les progrès du temps nous apportent, c'est le rêve des hygiénistes contemporains. Au lieu de monuments campés en pleine ville, solides comme des forteresses et coûteux comme elles, on préfère des installations suburbaines. La profusion des choses utiles, l'espace, la lumière, l'isolement des malades, apportent à ces édifices un dédomagement qui ne laisse pas regretter l'absence d'une architecture magnifique. C'est conformément à ces vues qu'a été exécutée la construction du nouvel hôpital de Berlin. Parmi toutes les choses louables qui frappent les visiteurs, il en est qui offrent matière à la critique ; l'œuvre toutefois, dans son ensemble, s'est efforcée d'obéir aux règles d'hygiène qui sont universellement reconnues.

Dans un faubourg de Berlin, au sommet d'une faible colline, le nouvel hôpital s'étend sur un vaste espace d'environ 10 hectares, clos par un petit mur (*fig.* 20). La forme est triangulaire et trois portes donnent accès dans l'intérieur. La porte principale, de belle dimension, siège dans un grand bâtiment à peu près au centre de la base du triangle. Elle s'ouvre dans une cour carrée qui sépare les deux ailes latérales. L'aile gauche comprend en avant une grande salle pour la consultation externe, puis un cabinet avec un lit où se rendent successivement les malades; enfin, un petit bureau qui porte sur un mur une plaque avec 15 numéros correspondant à 15 timbres qui communiquent avec chaque pavillon et annoncent au médecin de garde l'arrivée d'un malade.

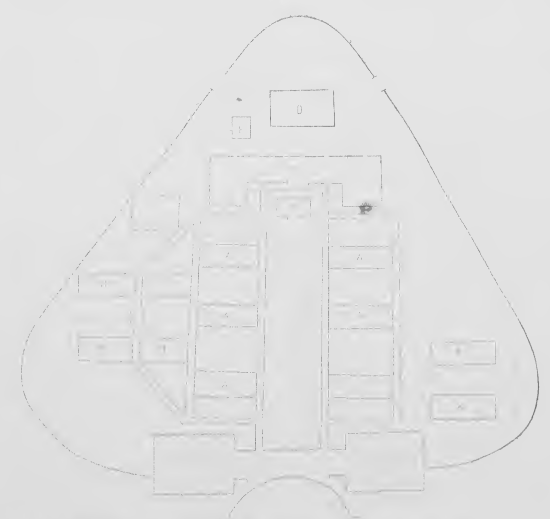


Fig. 20. — Hôpital municipal : AAA [illegible]. Ceux de gauche réservés aux hommes, ceux de droite aux femmes. — B Bains. — C. [illegible]. — D. [illegible]. — E. [illegible]. — HH Pavillons de chirurgie. Au centre [illegible] opératoire. — Au nord des pavillons de chirurgie, et loin d'eux, se trouve [illegible]. — KK Pavillons réservés aux maladies infectieuses (fièvre typhoïde, diphthérie.

Plus loin, sont différentes pièces affectées au service (bureaux, etc). Vis-à-vis un escalier monte aux appartements très confortables des assistants. L'aile droite contient la pharmacie et la salle à manger des assistants.

Entre ces deux ailes latérales, au fond de la cour carrée, s'ouvre la porte qui pénètre dans l'enceinte du vaste terrain. Au centre, une immense pelouse entourée de trottoirs bitumés; de chaque côté, trois pavillons symétriques AA, considérablement espacés les uns des autres ; au fond, et sur un premier plan, l'établissement de bains B, puis un grand bâtiment qui com-

prend la cuisine et la lingerie C; enfin, la petite maison de l'économe D. A gauche de ces édifices, le temple E, et plus loin, l'amphithéâtre d'autopsie F. Entre les deux premiers pavillons de gauche et à partir de leur extrémité, 4 pavillons affectés à la chirurgie H. Ces derniers circonscrivent un petit terrain dont le centre supporte l'amphithéâtre d'opérations I. Derrière les premiers pavillons de droite et à longue distance, deux autres pavillons affectés aux maladies contagieuses et épidémiques (fièvre typhoïde, etc.) K.

Voilà ce que montre une première vue d'ensemble de ce vaste hôpital qui donne asile à 700 malades. Procédons maintenant à une description plus détaillée :

Pavillons (fig. 21, L). Conformés sur le même type, chacun d'eux comprend un rez-de-chaussée surélevé et un premier étage réservés aux malades. Au-dessus, une série de petites chambres servent à loger les infirmiers.

Dans la grande cour s'ouvrent les pavillons. D'abord une antichambre au fond de laquelle prend naissance l'escalier de l'étage supérieur, puis l'entrée proprement un grand tableau noir où est écrit chaque jour le régime prescrit à chaque malade, sorte de duplicata du cahier de visite utile à consulter.

Au fond, deux diverticules latéraux, l'un renferme deux baignoires, l'autre les cabinets d'aisance très propres.

A l'extrémité de la salle dont nous venons de parler, et annexée à elle, se voit une grande pièce allongée transversalement ; c'est la *salle des convalescents*, aménagée de la même façon que la précédente et comprenant 12 lits. Ici, les malades se lèvent pendant la journée, aussi, le parquet est en bois. Une porte donne accès sur un vaste balcon pour les patients qui ne peuvent encore descendre dans le jardin.

Le premier étage reproduit exactement la description que nous avons déjà faite du rez-de-chaussée. Pour assurer le service, quatre infirmiers ordinaires et un infirmier en chef, tous laïques, sont attachés à chaque pavillon, soit environ 1 serviteur pour 16 malades. Chacun d'eux fait à tour de rôle la garde de nuit.

La description d'un pavillon s'applique à tous les

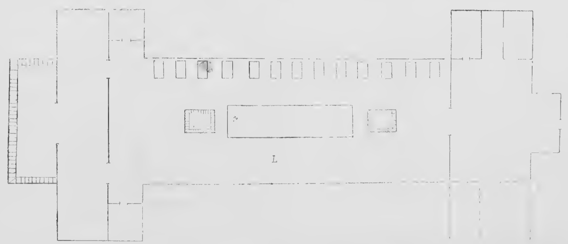


Fig. 21. — Un des pavillons [illegible] de la figure précédente. — A droite l'entrée et quatre sal[illegible]s ([illegible] chambre d'examens, salle d l'infirmière de veille, salle de dépôt des objets nécessaires au service). — Au centre, salle des malades qui gardent le lit. — Ae gauche, salle de convalescents, balcon.

dite des pavillons, précédée d'un corridor bien éclairé qui donne accès dans 4 pièces symétriques : deux, à gauche, deux à droite. A gauche, c'est l'office et une autre pièce munie d'un bureau, d'un canapé et d'un lit, où sont examinés, par l'assistant du pavillon, les malades reçus par l'assistant de garde. A droite, une première pièce pour les objets à l'usage du service et une seconde où couche l'infirmier de veille.

La salle des malades, spacieuse, rectangulaire, est garnie de hautes fenêtres à double vitrage, descendant presque jusqu'au niveau du parquet fait de mosaïque moderne. Au centre, une table massive creusée d'armoires analogues à celles qu'on voit dans les hôpitaux de Paris. En avant et en arrière, deux grands calorifères à air chaud. De chaque côté, 15 lits, bas, en fer, largement espacés les uns des autres, munis d'un seul matelas et dépourvus de rideaux. A la tête du lit, une sorte de petit tableau noir qui porte inscrits le n° du lit, le nom du malade et le degré de régime. Les couvertures sont en laine, les draps en toile blanche très propre. Pas de rideaux aux fenêtres. A l'entrée de la salle,

autres. Des 6 pavillons qui limitent la pelouse centrale, ceux de gauche sont réservés aux hommes, ceux de droite aux femmes, le dernier de ceux-ci est affecté à la gynécologie et aux fractures. Les 4 pavillons de *chirurgie* rappellent les dispositions précédentes; ils sont dépourvus toutefois du premier étage. Le premier pavillon à droite est réservé à la chirurgie infantile ; on y reçoit indistinctement jusqu'à l'age de 10 ans, les filles et les garçons, celles-là occupent la rangée de droite, ceux-ci la rangée de gauche.

Les enfants atteints d'affections médicales sont soignés dans les pavillons de femmes. Une amélioration sera bientôt apportée à ce régime, notamment en ce qui concerne la diphtérie à laquelle un nouveau pavillon est destiné.

Amphithéâtre d'opérations (*fig.* 22). Ce petit bâtiment est situé au milieu de l'espace circonscrit par les salles de chirurgie à une assez grande distance d'elles. Il comprend un rez-de-chaussée surélevé et un étage, ce dernier accordé au logement de deux garçons. Un large corridor précède la salle d'opérations. Il donne entrée de

chaque côté dans une chambre; l'une à droite plus petite, contient un lit de femme, l'autre, à gauche, plus grande, deux lits d'hommes. C'est dans ces chambres que les malades amenés sont endormis, puis transportés dans la salle d'opérations. Celle-ci est carrée, vaste, parfaitement bien éclairée et contient le moins de meubles possible. Le parquet est fait de mosaïque moderne, le plafond d'un double vitrage qui permet l'accès de la lumière sans s'opposer à un chauffage convenable. D'ailleurs, l'éclairage intense est encore assuré par le fait que la paroi antérieure de la salle est presque tout entière remplacée par un autre vitrage, dont les carreaux sont soutenus par des croisilllons de fer élégamment entrecroisés. A droite et à gauche de la salle d'opérations s'ouvrent deux autres pièces : l'une est disposée pour permettre au chirurgien de faire une conférence à ses élèves, l'autre contient dans les vitrines les instruments de chirurgie.

Voici maintenant comment sont placés et disposés les objets nécessaires à l'opération. Sur la paroi antérieure, immédiatement au-dessous du vitrage, il existe trois

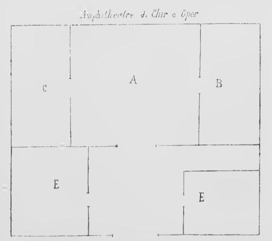


Fig. 22. — Amphithéâtre de chirurgie et d'opérations. — *A*, Salle d'opérations. — *B*, Bureau. — *C*, Chambre des vitrines contenant les instruments et les pansements. — *EE*, Chambre d'attente où sont endormis les malades et où ils peuvent, s'il est nécessaire, séjourner quelques jours après l'opération.

rayons : le premier supporte divers objets, des bassins, des bocaux, etc. ; sur le deuxième, de gauche à droite, nous trouvons 4 vastes cristallisoirs usés à l'émeri sur leurs bords et recouverts d'une plaque de verre dépoli; ils contiennent dans de l'eau phéniquée des drains et des éponges. Plus loin, trois vases carrés en cristal traversés par une tige de verre autour de laquelle peuvent tourner des bobines qui déroulent des fils à ligature et à suture, fils de soie ou fils de catgut ; car les sutures en Allemagne ne sont faites que rarement avec des fils métalliques. Ces vases renferment de l'alcool, de l'eau phéniquée forte et du sublimé à un pour mille. Plus loin nous trouvons de la ouate, du chanvre, des bandes de tarlatane, etc. Les parois latérales présentent 2 lavabos munis chacun de 4 robinets qui donnent de l'eau froide, de l'eau chaude, de l'eau phéniquée et du sublimé au millième.

A côté des lavabos, un grand rayon de verre sur lequel reposent les pièces du pansement. Enfin, les murs latéraux portent sur de petits rayons à 2 m. 50 du sol, 4 grands vases en porcelaine remplis d'eau phéniquée et de solution de sublimé à des titres différents. Voici maintenant à l'aide de quel mécanisme ingénieux ces divers liquides sont amenés sur le lit d'opération. Un fil de fer traverse la salle attaché par ses extrémités aux rayons qui supportent les vases; sur lui s'appuient des tubes en caoutchouc qui partent des vases. Arrivés au-dessus du lit d'opération, ceux-ci passent de la position hozitontale à la position verticale en traversant un manchon de verre recourbé à 45 degrés. Chacun d'eux présente une coloration qui correspond à un liquide antiseptique particulier. Leur extrémité porte une canule de verre à laquelle est jointe un petit mécanisme pour régler l'écoulement.

La salle d'opération possède encore 2 lits en fer plus étroits et plus hauts que ceux dont on se sert à Paris. Ils sont munis de roulettes. Un grand pulvérisateur à désinfection n'est utilisé que dans l'intervalle des opérations, car pendant la durée de celles-ci, c'est à l'irrigation intermittente qu'on a recours. Enfin, pour terminer ce qui a trait à la description de cette pièce, mentionnons la présence, au centre du plafond, d'un grand lustre de lumière électrique qui sert dans les opérations d'urgence faites pendant la nuit. L'étage supérieur comprend le logement des deux serviteurs attachés uniquement à la salle d'opérations.

En somme, vaste salle bien aérée, bien éclairée, susceptible d'être maintenue dans une extrême propreté, tels sont les avantages que nous offre cet annexe de la chirurgie. Disons toutefois qu'à ces qualités s'ajoutent quelques inconvénients qui découlent pour ainsi dire des premières. L'isolement de ce petit édifiee rend le transport des malades dans leurs salles respectives assez pénible après l'opération. Les 2 pièces annexées au corridor permettent sans doute de garder les patients quelques heures, mais il faut bientôt les ramener dans les pavillons et la route se fait en plein air, sans l'abri d'aucune galerie vitrée. *(A suivre)*.

Du mode d'admission des aliénés, des épileptiques et des enfants idiots, imbéciles, épileptiques, paralytiques, etc. (1).

III. *Enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, paralytiques, hystériques* (2). — Si l'intervention du commissaire de police et le passage à la Préfecture de police ont de graves inconvénients pour les aliénés adultes dont les familles réclament le placement, ces mesures en ont de plus graves encore quand il s'agit des *enfants*, et d'autant plus que les enfants sont moins inintelligents. L'intervention du commissaire de police, le passage à la Préfecture ne se justifient absolument que pour les enfants arrêtés en état de vagabondage : mais pour tous les autres, qui sont dans leurs familles, ces pratiques constituent une véritable barbarie, dont se rendent coupables et des médecins, et des commissaires de police, et des administrateurs, et cela par ignorance des votes du Conseil général, par l'insouciance de l'Administration qui a oublié de leur faire connaître ces votes.

Il est des médecins, même des médecins aliénistes, à la consultation desquels on présente des enfants et qui, inter-

(1) Voir le n° 8, 1886.

(2) Nous devons rétablir les chiffres des épileptiques qui se trouvent à Bicêtre en dehors du service spécial ; il y en a 98 dans le service de M. J. Voisin et 59 dans le service de M. Charpentier.

rogés par les familles, sur les formalités à remplir pour l'hospitalisation de leurs enfants leur conseillent de se rendre au Dépôt de la Préfecture de police, au lieu de leur indiquer sur le champ qu'il faut un *certificat médical légalisé*, l'extrait de l'*acte de naissance* et, avec ces pièces, conduire l'enfant au Bureau d'admission de l'Asile clinique où les familles auront à signer la demande de placement.

Des commissaires de police déclarent qu'ils ne peuvent rien faire tant que l'enfant est au domicile paternel ; ils conseillent aux parents d'abandonner l'enfant sur la voie publique parce que, alors, et alors seulement, ils pourront s'en emparer et le faire placer par l'intervention de la Préfecture de police.

A l'Assistance publique, on n'est pas mieux renseigné. On répond qu'on n'a pas de places pour les enfants incurables ; on semble même ignorer qu'il s'est construit une section pour ces enfants, dits *incurables*, à l'hospice de Bicêtre et qu'il y a la colonie de Vaucluse ; on ne se préoccupe pas — ou si l'on s'en préoccupe rien n'en paraît — de créer des places pour les *idiotes* à la Salpêtrière. D'autres fois, et c'est ce qui ressort d'une lettre écrite par l'un des principaux fonctionnaires de l'Assistance publique, lettre que nous avons entre les mains, on dit aux parents : « Conduisez votre enfant à la Préfecture de police. » Comme on le voit, les votes réitérés du Conseil général ne sont pas encore parvenus à la connaissance de tous au Chef-lieu de l'Assistance publique.

L'Administration de l'Assistance publique semblant, et nous le regrettons, se désintéresser de l'assistance de ces enfants qui constituent les 95/100 au moins des enfants incurables, les familles doivent remplir les formalités suivantes : 1° *certificat de médecin* constatant l'état mental, l'infirmité physique ou la maladie convulsive de l'enfant ; 2° légalisation de la signature du médecin par le commissaire de police de son quartier ; 3° *extrait de l'acte de naissance* ; 4° conduire l'enfant, avec ces pièces, le matin de préférence, au Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne) (1) qui, lui, répartira les enfants entre les services spéciaux, suivant le sexe et suivant la nature de la maladie.

C'est là, à notre avis, que doit être faite la répartition et non ailleurs. Elle doit y être faite promptement, en une huitaine de jours au plus, sauf dans des conditions exceptionnelles. La disparition de l'épidémie d'ophthalmie qui a sévi à la colonie de Vaucluse, la construction de la première partie de la section de Bicêtre permettent d'espérer qu'en 1886 rien ne viendra gêner la répartition de tous les enfants du sexe masculin. Malheureusement il n'en sera pas ainsi pour les petites filles idiotes faute de places à la Salpêtrière.

Ici finiraient les considérations que nous avions à faire sur l'admission dans les asiles ou les hospices, des malades frappés dans leur intelligence, s'il n'y avait pas une catégorie d'enfants qui exige que nous entrions à leur sujet dans quelques explications. Nous voulons parler des enfants dont les parents habitent bien à Paris depuis plus ou moins longtemps, mais qui, nés dans d'autres départements, n'ont pas droit de domicile dans le département de la Seine et doivent, légalement, être assistés par leur département d'origine. Voici comment nous avons montré au Conseil général de la Seine, en 1878, la nécessité d'une réforme en ce qui les concerne :

Il est, enfin, une catégorie particulière d'aliénés transférés sur lesquels votre Commission croit convenable d'appeler les réflexions de l'Administration. Nous voulons parler des aliénés qui, nés dans d'autres départements que le nôtre, et ayant toute leur famille à Paris, sont encore *mineurs* et par conséquent, n'ont pas acquis droit de domicile dans la Seine. Réclamés *légalement* par leur département d'origine, ces malheureux sont transportés dans des asiles plus ou moins éloignés, séparés entièrement de leurs parents. Quelquefois, ceux-ci prévenus à temps, reprennent leur malade, si sa situation, n'offrant aucun danger pour la sécurité publique, permet au médecin de le leur rendre. Qu'arrive-t-il bientôt ? C'est que la maladie s'aggravant, les parents sollicitent une nouvelle admission dans nos asiles. Il y séjourne jusqu'à ce que surgisse une nouvelle demande de transfert. L'enfant fait la navette entre sa demeure et l'asile. N'y aurait-il pas moyen de faire disparaître cet inconvénient très préjudiciable aux malades et aux familles ?

« Ne pourrait-on pas demander une modification de la loi autorisant le Département de la Seine à garder dans ses asiles les malades mineurs dont les parents habitent Paris ou le Département depuis plusieurs années ? Le Département de la Seine réclamerait au département d'origine les frais de séjour au taux de la journée dans le propre asile de celui-ci et supporterait la différence entre le prix de journée dans ses Asiles et celui de l'Asile du département d'origine. C'est là, nous le savons, une situation difficile ; mais l'Administration n'aura que plus de mérite si elle parvient à y remédier et à faire passer les droits de l'humanité au-dessus de prescriptions administratives qui ont des conséquences aussi déplorables.

Quatre ans plus tard, en décembre 1882, dans le *Rapport sur le service des aliénés* (budget de 1883), après avoir reproduit le passage qui précède, nous adressant à nos collègues du Conseil général, nous ajoutions :

« Vous avez donné, Messieurs, votre approbation à ces idées que nous avons exprimées au nom de la 3e Commission. Vous les avez encore approuvées en novembre 1878, en décembre 1879 et 1880. Personne ne peut donc dire qu'il y a eu un vote de surprise. Ces idées, qui n'ont pas jusqu'ici attiré l'attention de l'Administration, ont paru excellentes au Conseil général du Département de Seine-et-Marne ; mais il a étendu aux aliénés adultes ce que vous aviez demandé seulement *pour les enfants*. En effet, par une délibération en date du 19 août 1880, le Conseil général de Seine-et-Marne a demandé que les aliénés *mineurs ou non*, séquestrés dans les asiles de la Seine et appartenant par le domicile de secours, au département de Seine-et-Marne, soient maintenus dans ces asiles quand leurs familles sont établies à Paris, et ce, au prix de journée de 1 fr. 20 c. payé à l'asile de Clermont (Oise) pour les autres aliénés de ce département.

« Au mois de mai 1881, l'Administration a soumis au Conseil général la demande du Conseil général de Seine-et-Marne. Dans le mémoire administratif, on lisait ce passage : « Ce cas, dit M. le Préfet, ne se présente pas dans la pratique aussi fréquemment qu'on pourrait le croire, attendu que les familles qui désirent garder dans les asiles de la Seine des enfants ayant le secours de domicile en province, obtiennent cette faveur facilement (1). Il leur suffit pour cela de contribuer au paiement des frais de séjour, en prenant à leur charge la différence qui existe entre le prix de journée de l'asile où le jeune malade est maintenu et celui de l'asile de province où il devrait légalement être traité. De la sorte, le département d'origine ne supporte aucun surcroît de dépenses. Je m'empresse d'ajouter que s'il arrive qu'une famille se trouve dans l'impossibilité de payer cette somme, assez légère ordinairement, l'Administration prend elle-même à sa charge, par exception, le surcroît de dépense qu'entraîne le maintien du malade dans le département de la Seine. La situation des enfants dont il s'agit est donc, en réalité, très supportable. L'Administration est d'avis qu'il y a lieu de rejeter cette demande.

« Ensuite M. Hérold combat très vivement le maintien des aliénés adultes du département de Seine-et-Marne dans nos propres asiles. Nous n'insisterons pas sur ce passage de son mémoire, puisqu'il s'agit d'une modification que nous n'avons pas demandée.

En ce qui concerne les *enfants* qui ont fait l'objet de notre vœu, nous avons cru devoir insister : « Dans ce cas, écrivions-nous, c'est-à-dire quand il s'agit d'enfants nés hors du département de la Seine et dont la famille habite Paris depuis plusieurs années, dans ce cas les familles n'ont pas seulement le chagrin de se séparer de leurs enfants, il peut arriver, de plus, que ceux-ci ne

(1) Rue Cabanis, n° 1.

(1) Les faits non pas isolés, mais nombreux, contredisent cette assertion. Le maintien de ces enfants était une exception et exigeait de nombreuses démarches et des protections puissantes ; même aujourd'hui, malgré nos efforts, ce n'est qu'exceptionnellement que quelques enfants des autres départements sont conservés et c'est pour cela que nous reprenons la question.

trouvent pas dans les asiles de province où ils sont transférés, les soins spéciaux qu'ils recevaient à Bicêtre ou à la Salpêtrière. » Et nous concluions ainsi : « Contrairement à l'avis de M. le Préfet, la 3e Commission croit qu'il y a lieu d'accepter la proposition qui nous est faite en ce qui concerne les *enfants* idiots et épileptiques des deux sexes. 1° Parce qu'il est barbare de séparer ces enfants de leurs parents en les envoyant dans des asiles éloignés; 2° Parce qu'il est inhumain d'enlever des enfants des sections où existent tous les moyens capables d'améliorer leur situation, pour les expédier dans des asiles où ne se trouve aucune des installations nécessaires. En conséquence, nous avons l'honneur de vous soumettre, au nom de la 3e Commission, un projet de délibération conforme (*Procès-verbaux*, 9 mai 1881, p. 129). »

« Vous avez adopté les conclusions de la 3e Commission, acceptant les propositions du Préfet et du Conseil général de Seine-et-Marne, renouvelant l'ancien vœu autorisant, dans les conditions précitées, le maintien des enfants dans nos asiles à la condition que les familles habiteraient Paris depuis deux ans (1). Si l'Administration préfectorale avait tenu compte de ce vœu si souvent renouvelé, nous n'aurions pas eu à y revenir aussi longuement; mais elle ne l'a pas fait, car, pour des enfants appartenant aux départements de l'Orne, de la Seine-Inférieure et de la Somme, l'Administration, consultée, a répondu qu'il n'y avait rien à faire, qu'il n'y avait d'engagement que pour le département de Seine-et-Marne. *C'est à tort*, puisque le Conseil général avait invité l'Administration à faire connaître son vote aux Préfets des départements chaque fois que l'occasion s'en présenterait. »

Comme on le voit, le Conseil général de la Seine a été guidé dans la solution donnée à notre proposition par des sentiments d'humanité qui lui font le plus grand honneur. Personnellement, nous n'avons jamais manqué, chaque fois que nous avons fait des certificats réclamés pour le *transfert d'enfants*, de prier le Bureau des aliénés de la Préfecture de la Seine, de faire connaître au préfet du département d'origine de l'enfant la décision prise par le Conseil général de la Seine. Nous croyons qu'il a été tenu compte de notre requête, mais la plupart des préfets n'ont pas répondu aux sentiments généreux du Conseil général et ont maintenu leur demande de transfert, à laquelle on a dû faire droit sauf dans les cas, et ils sont nombreux, où les parents ont préféré reprendre leurs enfants.

La statistique des *visites* faites aux enfants par leurs parents, celle des *sorties* de 24 heures et des *congés* montrent combien les familles conservent d'affection pour ces malheureux déshérités. On croirait même que, souvent, cette affection augmente en proportion de l'état misérable de l'enfant. Nous avons vu des familles n'ayant pas d'autres ressources que le produit de leur travail, chargées d'enfants, dans une situation voisine de la misère, préférer reprendre leurs enfants que de les laisser transférer dans des asiles où ils ne reçoivent aucune éducation spéciale. Si, dans certains cas, il reste encore dans le département des parents plus ou moins éloignés, dont les soins, quelque bienveillants qu'on les suppose, ne remplaceront jamais ceux des frères ou sœurs, du père et surtout de la mère, — d'autres fois il n'y a plus de parents ou ils sont dans une situation qui les met dans l'impossibilité d'aller voir l'enfant. Parfois même la situation est encore plus déplorable : il n'y a aucun parent. Tout récemment on nous a demandé un certificat afin de transférer dans le département du Nord un enfant naturel reconnu par sa mère. Or, celle-ci [illegible] en Alsace [illegible] c'est là qu'elle a des parents; elle a [illegible] son enfant [illegible] dans le département du Nord [illegible] elle n'a aucun membre de sa famille; elle habite Paris depuis plusieurs années. [illegible] a donc quelque chose de barbare et [illegible] d'une société qui se prétend civilisée.

[illegible] mesure prise par le Conseil général [illegible] premier pas vers la réalisation [illegible] que nous avons maintes fois exprimé [illegible] asiles [illegible]

(1) [illegible]

imbéciles, etc., d'*asiles interdépartementaux*, analogues aux asiles faits entre les comtés en Angleterre. Il y a là au point de vue de l'assistance, une belle et bonne réforme à entreprendre et qui ferait honneur au gouvernement républicain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. GOMBAULT, dans une note présentée par M. Charcot, étudie les *lésions de la névrite alcoolique*, considérées surtout dans leur phase initiale. A côté des fibres nerveuses, présentant tous les caractères assignés par M. Ranvier à la dégénération Wallérienne, et qui forment la grosse masse des fibres altérées, on en rencontre un petit nombre d'autres au niveau desquelles la lésion se présente avec des caractères tout différents. D'une part, la gaîne de myéline, au lieu d'être grossièrement sectionnée et de former des boules volumineuses, est finement émulsionnée; le plus souvent, les fines particules graisseuses ainsi produites sont englobées par de grosses cellules qui constituent à l'intérieur de la gaîne de Schwann un véritable manchon de corps granuleux. D'autre part, le cylindre-axe persiste, tandis que dans le cas de la dégénération Wallérienne, il disparaît rapidement. M. Gombault rappelle que dans l'évolution de la névrite saturnine expérimentale il avait déjà signalé des faits analogues. Il se présentait dans « ces deux phases distinctes, l'une dans laquelle un certain nombre de segments inter-annulaires étaient frappés isolément (névrite segmentaire); dans chacun d'eux, le cylindre-axe persistait (névrite périaxile), et comme conséquence de cette persistance, les portions de fibres situées au-dessous des points malades pouvaient n'être le siège d'aucune altération. Cette névrite segmentaire périaxile pouvait se terminer de deux façons : ou par la restauration des parties altérées et la formation de segments grêles et courts, ou bien, la lésion progressant, par la destruction du cylindre-axe au niveau du segment malade, entraînant la dégénération wallérienne au-dessous du point sectionné. La névrite segmentaire périaxile expliquait ainsi le développement de la dégénération wallérienne et constituait la phase préwallérienne de la névrite. C'est cette phase préwallérienne que M. Gombault établit aujourd'hui pour la névrite alcoolique.

MM. MUNTZ et AUBIN ont *analysé de l'air recueilli au cap Horn* par M. le Dr Hyades. Cet air contient une proportion d'oxygène sensiblement égale à celle qui a été trouvée dans l'air pris en divers points du globe. Les proportions d'azote et d'oxygène qui constituent la masse de l'atmosphère sont [illegible] susceptibles de varier entre des limites très étroites, comme Regnault l'a démontré dans le cours de ses mémorables recherches. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. [illegible] présente des moulages et des tracés sphygmographiques [illegible] se rapportant à un fait d'anévrysme de la première portion de l'aorte au début. La tumeur siège au niveau de la deuxième côte, elle a rongé les deux tiers du diamètre sternal; elle mesure 8 à 9 centimètres de diamètre. Sur toute cette surface saillante de 1 à 2 centimètres, la main perçoit les doubles battements du cœur. Toute la région sterno-costale droite est surélevée. Mais ni le cœur [illegible], ni la tumeur n'offrent le moindre souffle.

[illegible] le pouls est petit à gauche, et large à droite. C'est [illegible] décrit par Frank (1). Cet auteur

(1) [illegible]

croit cette anomalie due à la paralysie du troisième ganglion cervical inférieur, et la dilatation des vaisseaux à droite serait de nature paralytique vaso-motrice. Si le pouls est faible à gauche, c'est qu'il ne reste plus de sang pour ce côté, après la dilatation des vaisseaux droits.

M. Poncet n'accepte pas cette théorie : il pense en effet que si la compression du troisième ganglion se faisait au point de le paralyser, l'artère et la veine qui sont placées en avant seraient ainsi comprimées, et qu'alors le pouls serait précisément petit, et la veine gonflée, ce qui n'existe pas. Quant au pouls faible à gauche, pour l'expliquer il faut se reporter aux idées de Barwell sur les veines liquides du courant sanguin au cœur. Dans les cas d'anévrysme, le sang s'engouffre d'abord dans le sac, ce qui arrête l'ascension du tracé à gauche. Puis l'élasticité de la tumeur arrête aussi la descente : de là, un tracé presque horizontal. Telle est l'explication opposée par M. Poncet à la théorie vaso-paralytique ; l'anatomie ne permet pas d'accepter la compression des ganglions sans la compression simultanée de l'artère.

Barwell se basant sur les rapports de certains anévrysmes aortiques avec les vaisseaux gauches a proposé de lier ces derniers ; M. Poncet n'a pas suivi le chirurgien anglais jusque-là, mais il a traité son malade par l'iodure de potassium, bien qu'il ne fut pas syphilitique. Ce médicament était joint au bromure, et à la glace en applications directes. Au bout d'un mois, l'amélioration était manifeste : la tumeur se solidifiait sur ses bases et diminuait de volume. Deux moulages pris à un mois de distance rendent la chose non douteuse, et de plus en mesurant avec l'appareil de Frank les deux tumeurs, celle du dernier moulage montre une diminution en hauteur de plusieurs centimètres cubes. C'est un nouveau fait à l'acquis de la méthode de Belfour, usitée déjà du reste par Bouillaud et Nélaton.

M. d'Arsonval présente une note de M. L. Bras sur le *mécanisme de la formation des réserves dans l'organisme.* Le présentateur insiste plus particulièrement sur la formation du glycogène dans le foie, d'après les théories émises par M. Bras.

M. Brown-Séquard envoie une note sur la *prolongation exceptionnelle de certains actes réflexes après la mort.*

M. Franck présente à la Société un atlas composé par M. Longe (de Marseille) et qui ne contient pas moins de quatre mille tracés sphygmographiques. Cet auteur a cherché à déterminer la valeur de la pression artérielle pendant la grossesse : les résultats qu'il a obtenus seront présentés ultérieurement dans une thèse qu'il offrira à la Société.

M. d'Arsonval présente un appareil composé essentiellement d'un téléphone et au moyen duquel il peut mesurer la variabilité de conduction des tissus par les ondes sonores. Cet appareil très précis est appelé à rendre de grands services en ce qui regarde la percussion et l'auscultation du poumon.

M. Walther envoie une note sur la *division des ascidies.*

M. Doléris, complétant sa précédente communication, a fait l'autopsie d'une femme morte éclamptique. Les reins étaient atteints de néphrite épithéliale ; les cellules hépatiques présentaient le phénomène de la tuméfaction trouble. Enfin, le sang contenait, outre les cristaux déjà décrits, une leucomaïne soluble qui, injectée à des cobayes, les a fait rapidement périr.

Élections : M. Gley est élu membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mars. — Présidence de M. Trélat

M. Gautier, à propos de la note de M. Béchamp proteste contre les termes et le ton agressif avec lequel elle était faite. Que M. Béchamp apporte des faits et non des théories, M. Gautier est prêt à les discuter sans se préoccuper autrement des affirmations passionnées que son adversaire a cru devoir adopter.

M. Pasteur donne lecture des *résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure.* Depuis le mois d'octobre 1885 où M. Pasteur a fait connaître sa méthode de guérison de la rage, de nombreux cas se sont présentés à lui ; aujourd'hui trois cent cinquante malades ont subi les inoculations préventives. Après avoir donné les résultats et les détails de ces inoculations et expliqué le chiffre relativement exagéré, par rapport aux années précédentes, des individus mordus par des chiens enragés, M. Pasteur cherche à savoir dans quel délai la rage après morsure rabique fait explosion. Il montre que c'est entre le quarantième et soixantième jour que les accidents se déclarent. Or, parmi les personnes de tout âge et de tout sexe qui ont déjà été traitées par la nouvelle méthode, cent ont été mordues avant le 15 décembre, c'est-à-dire depuis plus de deux mois et demi ; la seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsure ; pour les cent cinquante autres personnes traitées ou en traitement tout se passe jusqu'à présent comme pour les deux cents premières. On voit, en s'appuyant sur les statistiques les plus rigoureuses, quel nombre élevé de personnes ont été déjà soustraites à la mort. M. Pasteur conclut que la prophylaxie de la rage après morsure est fondée ; qu'il y a lieu de fonder un établissement vaccinal contre la rage. (Applaudissements unanimes et redoublés).

M. le Président. Les applaudissements de l'assemblée ne me laissent rien à dire ; ils montrent combien l'Académie a été intéressée par la communication si humanitaire et si pratique de M. Pasteur, auquel, tous ici, nous rendons hommage.

M. Guéniot. Les maladies dérivent-elles d'une cause extérieure ou sont-elles engendrées dans l'individu lui-même par suite de troubles fonctionnels, telle paraît être à M. Guéniot la véritable question dans le débat sur les ptomaïnes et les microbes. Les cas d'infection puerpérale et d'érysipèle, dit-il, existent toujours concurremment avec l'existence d'une plaie ; les exemples contraires manquent d'authenticité ; l'agent infectieux vient donc manifestement du dehors ; les ptomaïnes elles-mêmes sont produites par des microbes, alors leur rôle devient bien secondaire.

Mais à côté des maladies chirurgicales qui sont réellement d'origine microbienne, il y a toute une série de maladies infectieuses telle que la septicémie aiguë et certaines formes de fièvre puerpérale foudroyante que la doctrine microbienne semble impuissante à expliquer. On peut donc admettre que la théorie des leucomaïnes et des ptomaïnes pourra peut-être fournir l'explication de faits restés jusqu'ici obscurs avec la doctrine microbienne ; mais néanmoins celle-ci a été tellement féconde en déductions pratiques qu'elle reste jusqu'à ce jour maîtresse du terrain. On ne compte plus ses bienfaits tandis que la doctrine des ptomaïnes et des leucomaïnes n'est encore riche que d'espérances.

M. de Ranse expose quelques considérations de pathologie générale sur le rôle des microbes pathogènes en même temps que sur la part respective des microbes et des alcaloïdes nouveaux sur le genre des maladies.

M. Hervieux vient combattre la doctrine de l'immunité des femmes enceintes, exposée par M. Charpentier.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 8 janvier 1886. — Présidence de M. Cornil.

5. Epulis avec transformation adamantine de l'épithélium gingival ; par J. Albarran, interne des hopitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des préparations microscopiques provenant d'une épulis, préparations qui nous semblent résoudre la question discutée de la transformation adamantine de l'épithélium de la gencive adulte.

La pièce provient du service de M. Brun à Lariboisière et nous a été donnée par notre collègue et ami Hillemand.

Une jeune fille de 15 ans, réglée seulement depuis quelques mois, vint consulter pour une petite tumeur de la mâchoire inférieure située au niveau de la première petite molaire gauche qui était cariée. Constatée depuis quelques mois, la tumeur s'est accrue jusqu'à présenter le volume d'une noisette ; lobulée et quelque peu fongueuse, cette tumeur embrasse le collet de la dent et paraît se continuer dans la cavité alvéolaire à travers la sertissure, en déchaussant en partie la dent. A travers l'orifice de la carie situé sur la face interne de la dent, sort également un petit bourgeon charnu. La malade souffrait de douleurs dentaires. M. Brun arrache la dent, extirpe la tumeur et fait le grattage de la cavité alvéolaire.

Sur des coupes d'ensemble traitées par une solution très faible de picro-carmin, on voit que la tumeur est formée par une masse fibreuse centrale entourée d'une bordure épithéliale. Rien à noter dans le stroma fibreux, si ce n'est l'apparence de fibres de Sharpey prise dans certaines parties par les fibres conjonctives, la laxité plus grande du tissu dans quelques points, et la présence de quelques portions osseuses. Vers la périphérie, ce stroma pénètre dans l'épithélium sous forme de papilles beaucoup plus développées que celles des gencives normales. Les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont considérables, pénètrent en certains points très profondément dans le stroma de la tumeur, et par places, on les voit se ramifier et s'anastomoser. On peut déjà remarquer à un faible grossissement que beaucoup de ces bourgeons profonds et quelques-uns des superficiels présentent une partie centrale claire et une portion périphérique très étroite plus foncée. En regardant avec un fort grossissement, on constate que l'épithélium est dans son ensemble pavimenteux à filaments d'union comme celui des gencives normales, que dans beaucoup d'endroits, par l'irritation inflammatoire, les cellules ont plus ou moins perdu leurs filaments et que leurs noyaux sont devenus vésiculeux.

Si l'examen porte sur une des portions qui paraissent claires à un faible grossissement, on voit que le centre de ces bourgeons est formé de cellules nettement étoilées, anastomosées par leurs prolongements ; ces cellules possèdent un noyau nucléolé entouré d'un peu de protoplasma. Vers la périphérie de ces masses, on voit les prolongements des cellules devenir moins distincts; puis, une ou deux rangées de cellules polygonales et tout à fait sur les bords du bourgeon épithélial, en contact direct avec le tissu fibreux, une couche de cellules cylindriques. Si maintenant nous étudions les transformations des cellules en les suivant des parties centrales du bourgeon vers le pédicule et la surface extérieure de la tumeur, nous verrons des modifications analogues à celles que nous venons de décrire ; les cellules perdent peu à peu leur caractère étoilé et se confondent avec les cellules pavimenteuses des couches supérieures.

Comme il arrive souvent alors que l'on fait l'avulsion d'une dent, il est resté quelques parties molles adhérentes au cément de la dent arrachée.

Sur des coupes faites après décalcification de la dent, on voit que les espaces interpapillaires de l'épithélium de la gencive qui confinent à la dent, et qui déjà, à l'état normal, sont plus développés que les autres, ont beaucoup augmenté de volume; ils pénètrent profondément entre la dent et l'alvéole dans l'épaisseur du ligament alvéolo-dentaire, et l'on remarque que leurs cellules ont subi une transformation analogue à celle que nous avons décrite dans la tumeur et pris le type adamantin.

Nous n'avons pas pu reconnaître les débris épithéliaux paradentaires normaux.

Qu'il nous soit permis d'ajouter ici que sur 3 mâchoires, dont 2 d'adultes de 26 et 29 ans, et 1 d'un enfant de 7 ans, examinées au point de vue de l'existence de ces débris, nous avons trouvé dans toutes les dents examinées, les restes épithéliaux paradentaires décrits par notre maître Malassez.

M. Malassez n'ayant examiné que les dents d'une seule mâchoire, ne tranche pas la question de savoir si l'existence de ces débris épithéliaux est un fait constant, fréquent ou exceptionnel. En examinant au microscope les gencives de divers sujets, il y a souvent remarqué les prétendues glandes de tartre de Serres qui constituent justement la partie superficielle du système de débris.

La fréquence, tout au moins, pour ne pas dire la constance de ces productions dans l'intérieur du ligament, se trouve démontrée par nos préparations.

Nous avons pu constater combien est juste la description de M. Malassez et nous dirons seulement que les amas épithéliaux nous ont paru toujours plus nombreux au niveau des parties les moins profondes du ligament, surtout dans son faisceau oblique supérieur. Nous avons en outre reconnu sur des coupes intéressant obliquement la dent et montrant par conséquent une surface assez étendue du ligament que les débris épithéliaux paradentaires existent normalement sous forme de cordons souvent assez longs et anastomosés. Ces pièces montrent des figures analogues à celles que M. Malassez a obtenues en réunissant dans un seul dessin ce qu'il avait vu dans plusieurs préparations provenant d'une même tranche verticale de la dent et confirment pleinement ses vues sur la forme en réseau de ces débris épithéliaux.

Devons-nous admettre que dans notre épulis, les productions adamantines proviennent des débris gingivaux ou ligamenteux préexistants ?

Le doute est permis pour les dernières productions intraligamenteuses que nous avons décrites. Le processus que nous constatons est le même que M. Malassez a si bien décrit dans la gingivite expulsive. Notre maître admet que ce n'est pas l'épithelium gingival qui se transforme, mais bien que, en proliférant il est venu se mettre en contact avec des débris paradentaires qui ont pris, eux, le type adamantin. Il cite à l'appui de sa manière de voir, les transformations que ces débris peuvent subir indépendamment de toute altération de la gencive. Peut-être si la possibilité de la transformation de l'épithélium gingival adulte en épithélium adamantin était démontrée pourrait-on formuler quelques réserves. En ce qui regarde l'épulis elle-même, nous croyons que l'examen de nos pièces ne peut guère laisser de doute. Il ne s'agit pas ici, croyons-nous, de prolongements de la gencive venant se mettre en contact avec des débris hypertrophiés d'abord ; car, des prolongements interpapillaires, même très courts, et ne pouvant pas s'être mis en contact avec ces débris, sont déjà transformés en épithélium adamantin ; puis surtout, parce que l'on peut suivre pas à pas, comme on les suit, ainsi que l'a démontré Ranvier, dans l'organe adamantin, les transformations des cellules épithéliales dont le protoplasma granuleux semble diminuer, laissant de plus en plus visibles les filaments d'union des cellules qui leur donnent ainsi leur aspect étoilé et anastomosé.

Nous croyons donc pouvoir conclure en disant que l'épithélium de la gencive est susceptible, en proliférant chez l'adulte, de produire des bourgeons semblables à ceux qu'il engendre dans la période embryonnaire. Et ce n'est pas là un fait isolé ; tout dernièrement, M. Darier m'a donné au Collège de France des pièces d'une tumeur du sein dans lesquelles on voit l'épithélium des acini subir l'évolution sébacée.

Il faut donc être quelque peu réservé dans l'adoption de la théorie de Conheim, car si même l'on voyait dans les points qui, comme les gencives, présentent normalement des débris épithéliaux fœtaux, se produire une tumeur reproduisant un type embryonnaire, on devra toujours se demander si cette production n'a pas eu pour origine une prolifération de l'épithélium adulte.

Il n'entre pas dans notre pensée de dire qu'il en soit toujours ainsi. Ici même nous avons présenté il y a quelques mois une autre épulis dans laquelle les débris épithéliaux paradentaires nous paraissent jouer le principal rôle dans la production des masses épithéliales contenues dans la tumeur. Ces débris étaient évidemment hypertrophiés, tandis que l'épithélium gingival n'avait guère subi d'altérations. D'un autre côté, le rôle important de ces

débris dans les kystes et fongosités radiculaires et dans certains kystes et tumeurs de la mâchoire, se trouve complètement démontré depuis les beaux travaux de Malassez.

7. Hémorrhagie de la protubérance ; par M. Eug. Deschamps, interne des hôpitaux.

Le nommé Léon G..., âgé de 43 ans, cordonnier, entre le 27 septembre 1885, (service de M. Rendu), à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean n° 9.

Pas de maladie antérieure à l'année 1884. A cette époque le malade aurait eu une première attaque d'hémiplégie du côté gauche, pour laquelle il serait resté six mois à l'hôpital de la Charité ; lorsqu'il en était sorti, il avait encore un peu de faiblesse dans la main gauche et traînait légèrement la jambe en marchant. Néanmoins il avait pu reprendre son travail et jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'un nouvel accident survint dans la nuit du 25 au 26 septembre. Sans avoir fait aucun excès de boisson le 25, sans avoir dîné plus copieusement que d'habitude, cet homme s'était couché tranquillement, sans éprouver le moindre malaise. La nuit il se lève pour uriner, est pris d'un léger étourdissement et sent tout à coup son côté gauche se paralyser : pas de perte de connaissance.

Lorsque nous voyons le malade le 27, nous constatons une abolition complète du mouvement dans tout le côté gauche ; hémiplégie faciale, moins marquée, mais située du même côté que la paralysie des membres.

La sensibilité est fort obtuse sur tout le corps : aussi est-il assez difficile de dire si l'anesthésie est plus marquée du côté paralysé. Pas de troubles des organes des sens.

Les facultés intellectuelles sont assez fortement touchées, le malade est profondément triste, il pleure avec une grande facilité. Ajoutons que c'est un alcoolique, et qu'il paraît beaucoup plus âgé qu'il n'est en réalité, on lui donnerait facilement 60 à 65 ans.

Un peu d'emphysème pulmonaire. — Le cœur est volumineux et se contracte bien ; pas de lésions d'orifice appréciables à l'auscultation ; — artère radiale très athéromateuse. — Le malade a de l'incontinence d'urine ; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Incontinence des matières fécales.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, vers le 15 octobre, survient de la rétention d'urine ; le malade urine par regorgement ; ses urines sont troubles, fortement ammoniacales ; œdème généralisé, mais plus marqué du côté paralysé particulièrement à la racine des cuisses et sur les parois abdominales ; la peau est enflammée à ce niveau — on sonde le malade matin et soir — lotion au pourtour des bourses à l'eau chloralée, poudre d'amidon sur les parties irritées. L'œdème diminue très vite, mais sans disparaître complètement du côté paralysé à la racine de la cuisse particulièrement. La rétention d'urine cède elle-même au bout d'une quinzaine de jours et fait place à l'incontinence. Ni le bromure, ni l'iodure de potassium n'amènent d'amélioration de la paralysie. — Quelques fourmillements dans les membres atteints.

Le malade s'affaiblit graduellement, il pâlit, mange moins bien ; ses facultés intellectuelles sont de plus en plus affectées, son visage prend un masque d'hébétude des plus caractérisés. Il gît comme une masse inerte dans son lit, lorsque la mort le surprend dans le coma dans la nuit du 6 au 7 décembre 1885.

Autopsie, le 8 décembre. — *Thorax* : Pleurésie purulente, peu étendue du côté gauche. Cette pleurésie avait été méconnue pendant la vie et avait dû survenir dans les derniers jours de la maladie, alors que l'examen du malade était à peu près impossible.

Les deux poumons sont emphysémateux. Congestion finale des deux bases.

Le *cœur* est volumineux, surchargé de graisse, mais il ne présente aucune lésion valvulaire. L'*aorte* dans toute son étendue est fortement athéromateuse, mais il n'existe pas de foyer ramolli, ni d'ulcération, rien qui puisse avoir été le point de départ d'une embolie.

Le *foie* est en bon état, plutôt un peu graisseux. Les *reins* sont peu volumineux, ils présentent à la coupe un léger éclat graisseux, un peu de congestion autour des pyramides ; la muqueuse du bassinet est vivement injectée, mais ne renferme pas de pus. Injection assez intense de la muqueuse vésicale, un peu de pus dans le bas-fond de la vessie.

Les *méninges* et surtout la pie mère sont très épaissies, très congestionnées ; néanmoins elles se détachent facilement de la substance cérébrale, qui paraît intacte.

Les artères cérébrales et particulièrement le tronc basilaire sont fortement athéromateux. Aucun foyer hémorrhagique dans les deux hémisphères, rien dans les ventricules. Dans l'étage supérieur de la protubérance à l'endroit où pénètre le pédoncule cérébral droit, et avant l'entrecroisement des pédoncules, se trouve un petit foyer hémorrhagique de la grosseur d'un petit pois environ, d'aspect gris rougeâtre et formé d'un mélange de sang, et de substance cérébrale dans une petite cavité à parois anfractueuses. Tout autour la substance nerveuse paraît saine. C'est le seul foyer que nous trouvions dans l'encéphale. Rien dans le bulbe, rien dans le cervelet.

Bureau de la Société pour l'année 1886. — *Président* : M. Cornil. — *Vice-Présidents* : MM. Féré, Jalaguier.

Membres titulaires : MM. Ballet ; Netter ; Suchard. — *Membres adjoints* : MM. Castex ; Damalix ; G. Marchant. — *Secrétaires* : MM. Charrin ; Ray.-Durand-Fardel. — *Trésorier* : M. Babinski. — *Archiviste* : M. A. Broca.

Séance du 15 *janvier* 1886. — Présidence de M. Cornil.

8. M. Florant présente un *cancer du foie et du médiastin* sans autre localisation primitive. Le malade avait offert des signes de pleuro-pneumonie avec tuméfaction des ganglions cervicaux du côté gauche. Une première ponction avait donné issue à un liquide séreux ; une seconde donnant un liquide hémorrhagique avait permis d'établir le diagnostic. A l'autopsie on ne trouve pas d'autre localisation cancéreuse que dans le foie et au sommet du poumon gauche.

M. Netter rappelle une autopsie analogue faite par M. Chrétien, où la masse cancéreuse entourait la trachée et les vaisseaux de la base du cœur ; on trouva la localisation primitive dans la capsule surrénale.

9. M. Plicque présente un *rétrécissement cancéreux de l'œsophage*. La gastrostomie fut pratiquée, et la mort survint par hématémèse. A l'autopsie on trouve l'aorte perforée par un champignon fongueux et une communication entre ce vaisseau et l'œsophage. Aucune trace d'hémorrhagie au niveau de la plaie de l'estomac.

10. Hernie inguinale droite, congénitale en téro-épiploïque. — Etranglement. — Kelotomie. — Résection de l'épiploon. — Hemorrhagie dans l'abdomen d'origine épiploïque. Mort ; par A. Demoulin, interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

Le nommé Clerc Honoré est entré à l'hôpital de la Pitié, le 2 janvier 1886, dans le service de M. le Dr Polaillon, salle Broca, lit n° 14. Le malade raconte que le 1er janvier à 8 heures du soir, une hernie inguinale droite dont il était porteur depuis deux ans seulement, et qui rentrait bien habituellement est devenue subitement irréductible. Pendant la nuit il y eut des douleurs abdominales accompagnées de vomissements alimentaires.

Le malade ajoute qu'il a été pris des mêmes accidents un an après l'apparition de la hernie, mais le repos avait amené une réduction prompte et facile de la hernie qui menaçait de s'étrangler.

A l'examen du malade, on constate qu'il s'agit bien d'une hernie inguinale droite entéro-épiploïque. Le pédicule est gros, non douloureux. La hernie descend dans les bourses et on trouve le testicule à la partie inférieure de la tumeur scrotale. Clerc ajoute que la hernie dont il est porteur depuis deux ans s'est produite sans cause appréciable et qu'elle a atteint d'emblée le volume qu'elle a présenté dans la suite. Aujourd'hui la hernie est plus grosse que d'habi-

tude, fait qui coïncide avec son irréductibilité. Ces symptômes font penser à une hernie congénitale. Le 2 janvier à 10 heures du matin chloroforme, tentative très modérée de taxis. Résultat négatif. On fait prévenir un chirurgien du bureau central, M. Routier arrive vers une heure. Nouvelle chloroformisation. Kélotomie.

Il s'agit bien d'une hernie épiploïque située dans la cavité de la vaginale. Le testicule se trouve au dessous de la masse herniée. Celle-ci est assez fortement serrée, débridement dans le trajet. Résection de l'épiploon dans une longueur de 12 centimètres sur une largeur de trois travers de doigt environ.

On passe un fil de soie double que le chirurgien trouve trop fin dans le pédicule épiploïque dont on lie séparément chacune des moitiés. Après la section de l'épiploon le sang coule encore, la partie qui donne est comprise dans un fil de catgut et le pédicule réduit après avoir été touché à la solution phéniquée forte. Suture, drain, pansement iodoformé recouvert de gaze phéniquée. On recommande au malade de ne pas faire de mouvements ; très indocile il ne tient aucun compte de l'avis du chirurgien.

Vers 6 heures du soir, la surveillante de la salle constate que les pièces du pansement et les draps du lit sont tachés de sang. Quand nous arrivons nous enlevons le pansement après avoir fait mettre dans le décubitus dorsal le malade qui, au moment où nous arrivons, était dans le décubitus latéral. Le pansement est enlevé sous le spray et nous constatons qu'il n'y a plus d'écoulement sanguin. Rétablissement du pansement dans les conditions premières. Malgré l'opération les symptômes de l'étranglement persistent ; le malade vomit de la bile et ne rend pas de gaz par l'anus.

Le 4 janvier au soir, nous constatons des vomissements verts porracés, ce même jour la température est à 38.4. Depuis l'opération la température n'avait pas dépassé 37° à part l'élévation signalée plus haut, la température oscilla jusqu'à la mort entre 36 et 37°. Pas de frissons. Le pouls était petit, battant de 120 à 130 fois par minute. Le malade avait le facies péritonéal. En un mot, on observa les symptômes d'une occlusion intestinale plutôt que celle d'une péritonite. En effet, il n'y avait pas d'élévation de température, pas de douleur prononcée du ventre, le ballonnement était peu accusé. Le malade urinait sans difficulté, mais les urines étaient rares, environ 600 grammes par jour, chargées d'urates.

Le malade mourut le 8 janvier, six jours après l'opération par un refroidissement progressif.

Autopsie, pratiquée le 9 janvier, a montré que le malade qui paraissait très fort était tuberculeux. Les deux poumons étaient remplis de granulations spécifiques dans leur lobe supérieur ; il y avait au sommet du thorax des adhérences pleurales. Les autres viscères étaient sains. A l'ouverture de la cavité abdominale on constate un épanchement sanguin considérable occupant toute la cavité du petit bassin et s'étalant à la partie antérieure des anses intestinales.

On voit, après avoir enlevé le sang épanché dont la partie fluide peut être évaluée à 1/2 litre environ, qu'il reste de gros caillots dans le petit bassin et à la face antérieure des circonvolutions. Après lavage on remarque une légère agglutination des circonvolutions de l'intestin.

En regardant de plus près on voit que le grand épiploon est rétracté près du côlon transverse et qu'à sa partie latérale droite, au voisinage du côlon ascendant, ses lames sont écartées par une masse de caillots noirâtres du volume du poing.

Les viscères abdominaux étant laissés en place, nous pratiquons par l'aorte thoracique sous une assez forte pression, une injection d'eau qui ne nous permet pas de reconnaître un vaisseau béant au niveau du point de l'épiploon où s'est faite l'hémorrhagie. Cependant l'injection a bien pénétré puisque les artérioles de la paroi abdominale divisées par la section, nécessaire à l'autopsie, donnent un jet d'eau d'une hauteur assez considérable. Nous examinons avec le plus grand soin, l'intestin que nous déroulons. Il nous est facile de reconnaître que l'étranglement a été parfaitement levé et malgré nos recherches nous ne trouvons point d'anse intestinale plus congestionnée que l'autre, point de partie de l'intestin qui présente un signe de coarctation antérieure. Le mésentère dont le bord libre était sectionné pour libérer l'intestin, présentait de nombreux ganglions hypertrophiés qui, à la coupe, nous ont paru tuberculeux.

L'orifice interne du canal inguinal communiquant avec la tunique vaginale nous a semblé un peu dilaté ; le débridement, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce que nous présentons, n'a pas atteint ses bords. L'artère épigastrique avait ses rapports normaux, elle n'était pas blessée, ce qu'a prouvé l'injection que nous en avons faite.

Le conduit péritonéo-vaginal disséqué avec attention ne nous a pas présenté de brides. Les éléments du cordon renfermés dans leur gaine n'ont pas été touchés. Le testicule du côté de la hernie est plus petit que celui du côté opposé. Le feuillet pariétal de la vaginale est épaissi, les enveloppes scrotales ne présentent rien de particulier. Lorsque nous avons pratiqué l'autopsie nous avons trouvé quelques fausses membranes reliant les deux feuillets de la tunique vaginale à sa partie la plus déclive.

Réflexions. — Les hémorrhagies dans la cavité abdominale ayant leur source dans le grand épiploon, à la suite de la résection de cette portion du péritoine ne sont pas signalées, du moins dans les classiques (Nélaton, Follin et Duplay). On lit dans la pathologie externe de Nélaton, au chapitre qui traite des épanchements de sang dans l'abdomen que : « Ces épanchements sont quelquefois consécutifs à une opération chirurgicale, à l'opération de la hernie étranglée, par exemple ». Nélaton parle bien à ce propos de la blessure de l'épigastrique mais nullement des hémorrhagies ayant leur origine dans le grand épiploon réséqué.

Il nous paraît indubitable, par l'examen de la pièce que nous présentons, que l'hémorrhagie est bien d'origine épiploïque ; de plus, l'injection au suif des artères gastro-épiploïques fait voir la pénétration de la matière à injection dans le foyer hémorrhagique du grand épiploon. C'est donc une artériole épiploïque qui est la source de l'hémorrhagie, il ne nous a pas été possible toutefois de retrouver sa lumière.

Quant à la cause de l'hémorrhagie il faut d'abord éliminer l'épigastrique qui n'a pas été blessé. Les trois ligatures faites pendant l'opération se voient ici, les fils sont bien serrés, leur chute ou leur relâchement ne sauraient donc être incriminés. Il est à remarquer que le foyer hémorrhagique de l'épiploon siège au-dessus des ligatures. Peut-être pourrait-on admettre qu'une artériole a été coupée par le fil trop fin ou a échappé à la constriction et s'est ensuite rétractée entre les lames de l'épiploon où elle a versé du sang.

Un autre fait intéressant est à signaler toujours à propos de l'hémorrhagie. On sait que Petit le fils, Garengeot, ont étudié la marche des épanchements de sang dans l'abdomen et que Velpeau reprenant ce sujet a conclu que lorsqu'un vaisseau est d'un petit calibre, l'épanchement reste enkysté au voisinage de la source de l'hémorrhagie. Or, il s'agit ici d'un petit vaisseau puisque les artères de l'épiploon sont d'un volume médiocre et cependant l'épanchement a envahi en descendant progressivement la cavité du petit bassin. Enfin, cette présence du sang dans le petit bassin nous explique l'arrêt de l'hémorrhagie externe par le décubitus dorsal, alors qu'il coulait lorsque le malade était couché sur le côté. Le sang, dans ce dernier cas, passait par le drain remplissant ce qui restait du canal péritonéo-vaginal.

Nous avons vu qu'il s'agissait d'une hernie congénitale et rappelé que lors de sa production elle avait atteint d'emblée son volume définitif. Ce dernier point est important à connaître (il a été du reste signalé depuis longtemps par les chirurgiens) en ce qu'il aide au diagnostic de la variété de la hernie.

L'agent de l'étranglement n'a pu être déterminé d'une façon précise. Il semble probable que c'est une bride comme il en existe souvent dans le canal péritonéo-vaginal non oblitéré qui a été le point de départ des accidents. L'orifice interne du canal était élargi, il n'a probablement joué aucun rôle dans l'étranglement ; quant au collet du sac qui, dans les hernies congénitales, doit être souvent incriminé, peut-être a-t-il ajouté son action à celle de la bride qui paraît avoir été coupée pendant l'opération. En un mot, nous ne saurions préciser l'agent de l'étranglement.

Nous avons dit qu'il n'y avait pas de péritonite, l'agglutination de quelques anses intestinales était due au dépôt de la fibrine du sang de l'épanchement. Cette absence de péritonite nous semble devoir être signalée car elle confirme la tolérance du péritoine pour le sang qui y est épanché, tolérance mise en évidence par les expériences faites sur les animaux.

M. Tuffier fait remarquer que l'étirement des artères de petit calibre produit l'hémostase par lui-même ; il est plus probable que c'est une artériole du pédicule qui a continué à donner.

M. Cornil observe que dans un pareil cas, on aurait peut-être pu obtenir la guérison par la laparotomie, le nettoyage de la cavité abdominale et la ligature du vaisseau ; il n'y a pas là de péritonite vraie, mais une hémorrhagie péritonéale.

11. Maladie kystique de la mamelle ; par MM. Besançon et Broca, internes des hôpitaux.

Ce sein a été enlevé en ville par M. le professeur Verneuil. Il s'agissait d'une femme de 44 ans, arthritique de famille. Sa grand'mère maternelle est morte d'un cancer au sein ; une tante paternelle d'un cancer du rectum. Elle-même à plusieurs reprises a souffert de coliques hépatiques. Très souvent elle a présenté du sable dans les urines. Jusqu'au printemps de 1884, elle a eu des occupations très actives. Depuis, elle a mené une vie sédentaire, et a pris un embonpoint notable. Cinq semaines avant l'opération (octobre 1885), elle s'aperçoit par hasard que son sein gauche est plus dur et plus volumineux que le droit. Elle va trouver son médecin qui lui prescrit de l'iodure de potassium intus et extra, sous la réserve d'aller consulter un chirurgien s'il ne survient pas rapidement d'amélioration sérieuse.

Quand M. Verneuil examine la malade, il trouve la totalité du sein gauche plus dure que le sein droit, et augmenté de volume. On sentait des grains isolés. Le diagnostic porté est celui d'*épithélioma au début*.

L'autre sein n'avait absolument rien cliniquement.

L'ablation est faite le 22 novembre. C'était une femme grasse. On ne sentait rien dans l'aisselle. Pendant l'opération on y a trouvé un petit ganglion inflammatoire, gros comme un haricot.

Coupe de la pièce : on voit au premier abord qu'il n'y a pas de tumeur à proprement parler. Quatre gros kystes occupent la place de la glande, sous le mamelon, et refoulent le tissu propre de la mamelle à la périphérie, en le condensant. L'un de ces kystes atteint le volume d'un petit œuf, les trois autres le volume d'une noix. Ils sont remplis d'un liquide variable suivant les points, brunâtre et semblable à du bouillon gras, ou citrin et mélangé seulement de quelques gouttelettes huileuses. Leur paroi est absolument lisse : elle présente des dépressions digitales qui sembleraient faire croire que chaque kyste résulte de la réunion de plusieurs kystes voisins, ou plutôt qu'il provient de la distension d'un petit système acineux canalicule lobulaire et acini).

Autour de ces gros kystes, en arrière et sur les côtés, on observe une grande quantité de cavités kystiques plus petites, les unes du volume d'un pois, la plupart d'une tête d'épingle, ou moins encore. Ils sont remplis d'un liquide jaunâtre un peu trouble. En aucun point on ne voit de dépôts crétacés dans les kystes. Si l'on comprime le tissu de la glande entre les doigts, on ne voit pas sortir par les orifices de la surface de section ces productions analogues à la matière athéromateuse ou au vermicelle cuit qu'on signale si souvent dans les kystes du sein. Le tissu propre de la mamelle a conservé son aspect nacré normal. Entre les lobules s'observent des taches jaunes de tissu adipeux. Nulle part on ne remarque l'aspect granuleux et rosé que présente la mamelle en état de lactation. Le tissu est ferme, brillant comme celui d'un sein de femme adulte, en dehors de la lactation ; un peu tassé cependant, refoulé par les productions kystiques. — La glande tout entière, nettement encapsulée dans sa loge fibreuse, est entourée d'une masse considérable de tissu adipeux.

Examen histologique. — Durcissement dans l'alcool absolu. Coloration par l'éosine et l'hématoxyline. Les coupes ont porté sur le tissu de la glande, parsemé de petits kystes, à la périphérie des grosses cavités. Le stroma cellulo-fibreux de la glande est absolument normal. C'est un tissu conjonctif adulte, serré, sans trace d'inflammation, sans infiltration d'éléments embryonnaires. Les îlots graisseux interlobulaires sont conservés, et très abondants.

Tous les lobules de la glande sont altérés, mais à des degrés divers. Si l'on examine les acini d'un même lobule, on voit qu'ils diffèrent très sensiblement de volume les uns des autres. Sur un seul lobule on peut voir ainsi tous les intermédiaires, depuis le petit acinus rempli d'éléments épithéliaux et ressemblant à un acinus fœtal, jusqu'aux acini qui ont subi une dilatation kystique énorme. Quand, avec un fort grossissement, on examine un acinus ainsi dilaté, on voit sa paroi formée d'une couche unique et régulière de cellules cubiques, fortement colorées, et très bien individualisées par l'hématoxyline. La cavité de l'acinus est remplie de cellules pâles, incolores, polymorphes. La plupart sont polyédriques. Quelques-unes sensiblement arrondies. Leur noyau est peu visible. Dans les acini très dilatés et déjà kystiques, cette masse cellulaire ne forme plus qu'un revêtement irrégulier au-dessus de la couche d'éléments cubiques. Le centre de l'acinus représente alors un espace clair avec quelques détritus granuleux. Le contenu des kystes montrait au microscope de grosses cellules granuleuses et tuméfiées, et une grande abondance de globules huileux.

Réflexions. — Ce sein représente un cas de la lésion décrite par M. Reclus sous le nom de maladie kystique de la mamelle. M. Reclus donne comme un des principaux caractères de l'affection sa bilatéralité ; dans notre cas, l'autre sein était normal au moment de l'opération. Les lésions histologiques sont sensiblement les mêmes que celles qui ont été indiquées par M. Brissaud, dans son mémoire des Archives de physiologie de 1884, d'après l'examen des pièces de M. Reclus. Nous avons examiné un grand nombre de coupes. Nulle part nous n'avons pu constater ces amas épithéliaux extra-lobulaires, siégeant sans doute dans les lacunes lymphatiques, que M. Brissaud a considérés avec raison comme un début probable de généralisation.

Nous avons dit que pendant l'opération on trouva dans l'aisselle un ganglion, qui parut à M. Verneuil offrir les caractères d'un ganglion simplement enflammé. Ce ganglion ne nous a pas été remis ; et nous regrettons de n'en avoir pu faire l'examen histologique.

12 Kyste poplité d'origine articulaire ; par M. le Dr Poirier, prosecteur de la Faculté (1).

En disséquant le mollet d'un sujet mâle, d'environ 30 ans, nous trouvons, soulevant et écartant les fibres du soléaire dans son tiers supérieur, une production kystique à grand axe longitudinal ayant cinq centimètres, à petit axe transversal de deux centimètres. Ce kyste à parois très minces, d'apparence multiloculaire paraît rempli d'un liquide gelée de groseilles, de consistance faible. Nous écartons les fibres du soléaire et des muscles sous-jacents entre lesquels le kyste s'enfonce et nous arrivons jusqu'au

(1) Nous avons recueilli cette pièce dans le pavillon de notre obligeant ami Broca.

ligament interosseux sur lequel la masse kystique contracte quelques adhérences faciles à détacher. Nous constatons alors que ce kyste finit inférieurement à 12 centimètres de l'interligne articulaire du genou par un gros lobule arrondi du volume du pouce, tandis que supérieurement, il s'effile brusquement pour s'engager dans le muscle poplité. Nous disséquons le poplité et nous le séparons en deux par une section verticale qui permet de rejeter en dehors sa portion tendineuse en dedans son triangle musculaire. Alors nous voyons le kyste se prolonger par un pédicule long et mince, au-dessous du poplité jusqu'au prolongement en cul-de-sac que la grande synoviale articulaire du genou envoie sous le tendon de ce muscle. L'hypothèse que nous étions en présence d'un kyste du mollet, prolongation d'un kyste poplité articulaire, se confirmait.

Afin de mieux voir les rapports du kyste avec la synoviale du genou, nous injectons celle-ci au suif par la rotule et nous voyons nettement son prolongement poplité se mettre en contact avec les lobules supérieurs du kyste. Le prolongement synovial n'est séparé du lobule kystique avec lequel il entre en contact, que par son feuillet synovial, si mince comme on le sait, et la moindre pression suffirait pour faire passer l'injection dans le kyste qui se tend lorsqu'on appuie sur l'injection encore liquide du genou. L'aspect de ce kyste est donc le suivant : une masse principale intra-solcaire formée de gros lobules à parois minces et transparentes, les plus gros du volume d'une noisette, les plus petits, du volume d'un petit pois, et un pédidule sous-poplité long de cinq centimètres, large de six à dix millimètres, d'apparence multiloculaire comme la masse principale, mais dont les lobules n'ont que le volume d'une lentille ou d'un très petit pois. Il nous paraît logique de conclure que le kyste herniaire demeuré petit tant qu'il est resté sous le poplité qui le bridait a pu grandir et dilater ses lobules quand il est arrivé sous le soléaire à fibres beaucoup plus lâches.

Nous avons parlé à différentes reprises de l'apparence multiloculaire du kyste, ce n'est, croyons-nous, qu'une apparence, car il nous arrive, en disséquant le pédicule, de piquer un des lobules supérieurs ; la gelée sort par cette piqûre et cette sortie est activée par la pression sur un point quelconque de la tumeur. Pareille chose ne se produirait pas, croyons-nous, si les différents lobes ne communiquaient pas entre eux. Nous nous assurerons d'ailleurs de ce fait en faisant la coupe du kyste lui-même.

Rapports du kyste avec les parties voisines. — On connaît déjà ses rapports avec la synoviale articulaire du genou et les muscles de la région. Ses rapports avec les vaisseaux et nerfs sont les suivants : Le tronc vasculo-nerveux tibio-péronier passe au-dessus du poplité en suivant une direction parallèle à celle du kyste. Vers le bord inférieur de ce muscle, les vaisseaux et nerfs sont rejetés en dehors par la masse kystique principale. Le nerf et l'artère descendent longitudinalement entre le kyste et la face postérieure du péroné L'artère tibiale antérieure qui naît à ce niveau, est fortement appliquée sur le bord interne du péroné par le kyste avec lequel elle contracte de solides adhérences. Le kyste repose sur le ligament interosseux et le repousse en avant si bien que lorsque nous enlevons les muscles de la région antéro-latérale de la jambe, le ligament apparaît convexe en avant et présentant de grandes éraillures entre lesquelles proéminent de petits lobules kystiques

Il eût été intéressant de connaître les antécédents de ce cadavre et de savoir si, antérieurement, il avait eu une ou plusieurs hydarthroses du genou.

13. Kyste synovial de l'articulation astragalo-calcanéenne; par M. le Dr Poirier, prosecteur à la Faculté.

Femme d'environ trente ans, servant aux dissections à l'école pratique. En disséquant la face dorsale du pied, nous trouvons dans l'excavation calcanéo-astragalienne, une tumeur kystique multilobulée, du volume d'une noisette et dont la dissection révèle les particularités suivantes :

La petite tumeur présentant une surface arrondie, lobulée, s'enfonce profondément, en diminuant de volume, dans la profondeur de l'excavation calcanéo-astragalienne : son sommet va se perdre au niveau même de l'interligne articulaire : des facettes postérieures de l'astragale et du calcanéum il s'enfonce là dans un interstice ligamenteux situé entre les fibres les plus externes du feuillet postérieur du ligament interosseux (ligament en haie) d'une part, et d'autre part des fibres arciformes qui réunissent le ligament péronéo-astragalien antérieur et le ligament péronéo-calcanéen.

La coupe de cette tumeur nous montre qu'elle est multiloculaire, composée de petits kystes accolés, incomplètement séparés par des cloisonnements intérieurs et contenant tous un liquide qui ressemble à de la gelée de pommes.

Les caractères anatomiques de ce kyste ne permettent pas, nous semble-t-il, de lui assigner une autre origine que l'articulation astragalo-calcanéenne.

14. Kyste synovial articulaire du poignet ; par M. le Dr Poirier.

Sur un sujet âgé du sexe féminin, nous avons trouvé sortant à travers une éraillure du ligament latéral externe un petit kyste de la grosseur d'un pois et d'apparence multiloculaire. Pour nous assurer des rapports de ce kyste avec la synoviale radio-carpienne, nous avons injecté cette dernière, et il nous a été facile de voir l'injection pénétrer dans les lobules profonds pendant que la gelée qu'il contenait était refoulée vers les lobules péryphériques dont la tension augmentait. Nous ne trouvons pas d'autre nom convenable pour désigner ce kyste que celui de hernie articulaire. Nous en avons d'ailleurs trouvé un grand nombre de semblables. En voici un spécimen.

Kyste synovial articulaire du poignet sur un sujet mâle d'environ 20 ans, nous avons trouvé, sortant à travers une éraillure du ligament latéral externe, un kyste synovial d'apparence multiloculaire, long de 15 millimètres, large de 5, il comblait en partie la tabatière anatomique contractant des adhérences très intimes avec l'artère radiale qui contournait sa face postérieure. Son sommet, tourné du côté de l'articulation, se perdait en s'effilant dans l'éraillure du ligament latéral externe. Injectant ensuite la synoviale du poignet pour nous rendre un compte exact des rapports de ce kyste avec la synoviale articulaire, nous avons vu le suif pénétrer le kyste et l'envahir dans sa totalité en refoulant à la périphérie la gelée qu'il contenait.

Il est difficile de refuser à ce kyste le nom de hernie articulaire.

15. — M. Queyrat présente des pièces d'un enfant de 3 mois mort dans le service de M. Landouzy, d'une *tuberculose miliaire généralisée*. Le père est tuberculeux avéré ; la mère non tuberculeuse a fait plusieurs fausses couches. L'enfant avait présenté de la toux et des convulsions épileptiformes limitées d'abord au membre supérieur gauche puis s'étendant au bras droit.

Autopsie : on trouve de la tuberculose méningée et une hémorrhagie intra-ventriculaire occupant les 3e, 4e ventricules : de la tuberculose miliaire du poumon, du foie, de la rate, des reins et du cœur. Il est rare d'observer la tuberculose à cet âge.

M. Cornil dit que si la tuberculose est rare chez les très jeunes enfants, cela tient à ce fait que les tubercules mettent un certain temps à évoluer. Il y a cependant des faits de tuberculose chez les nouveau-nés, et il n'est pas rare de l'observer chez le veau et le cobaye à la naissance; il faut remarquer que la généralisation semble se faire alors avec une grande énergie.

M. Queyrat, dans un service de crèche très actif, a fait quatre autopsies de tuberculeux au-dessous d'un mois.

16. — M. Raymond présente des pièces provenant d'une femme de 32 ans, qui avait éprouvé des phénomènes de dysphagie, de perte de l'ouïe, des idées de suicide: puis de l'amaigrissement, cachexie, accélération du pouls et albuminurie. Pas de paralysie, mais de l'hyperalgésie et

une légère parésie faciale. Enfin surviennent des ecchymoses sur les jambes, et la malade meurt dans le marasme.

A L'AUTOPSIE on trouve dans la protubérance deux petits foyers rouges, contenant des corps granuleux et des cristaux ; l'un siége sur le trajet des fibres motrices, l'autre à la jonction du bulbe avec la protubérance. L'albuminurie et la dysphagie semblent être en rapport avec ce dernier; on a signalé la perte de mémoire et la cachexie dans les lésions protubérantielles.

17. — M. CHARRIN présente des reins de lapin ayant succombé à la suite d'injections de pyoscyanine. Ces reins sont remplis d'infarctus ; ordinairement à la suite de cette inoculation, ils sont rouges ou pâles, mais sans infarctus. A propos de ce fait M. Charrin s'est demandé si, lorsqu'il passe dans les reins un microbe, que l'on peut retrouver dans l'urine, la néphrite qui s'est formée est *infectieuse* ou *toxique*, si le microbe agit mécaniquement sur l'épithélium rénal, ou s'il amène une irritation par ses produits toxiques ?

Au moyen d'un filtre Chamberland, on peut débarrasser le liquide de culture de ses microbes, et si l'on injecte le produit de la filtration pendant 24 jours à un lapin, on ne détermine chez lui ni albuminurie ni néphrite. Donc il y a là une néphrite infectieuse proprement dite, ou le microbe agit par lui-même. Le présentateur cite ce fait particulier à propos de la pyocyanine sur laquelle il a expérimenté, sans vouloir généraliser quant à présent.

18. — M. BOURDEL présente des pièces provenant d'une femme qui, entrée à l'hôpital pour une pelvi-péritonite, eut au bout de quelques jours des signes de pneumathorax, et mourut avec des phénomènes de septicémie. A l'autopsie on trouve une cavité clause sous-diaphragmatique, remplie d'un liquide sanieux ; à la partie postérieure, il y a un orifice qui communique avec une sorte de poche kystique dépendant de la rate.

19. — M. BOURDEL présente également un kyste séreux assez volumineux développé aux dépens de la tunique péritonéale du cœcum.

ELECTIONS : M. JALAGUIER est élu *membre titulaire* sur présentation d'un mémoire qui a pour titre : *de l'irréductibilité dans les luxations métacarpo-phalangiennes de l'index.*

Règlement pour le prix Ernest Godard. — Le Dr Ernest Godard, dans son testament, daté à Jérusalem, des 3 et 4 septembre 1862, a fait en faveur de la Société anatomique de Paris, un legs dont cette Société a disposé, suivant les volontés du testateur, en adoptant le présent règlement dans les séances du 23 janvier et du 13 février 1863.

RÈGLEMENT : *Art.* 1er. Un prix portant le nom d'E. Godard, son fondateur, sera décerné tous les deux ans par la Société anatomique, à l'auteur du meilleur mémoire concernant soit l'anatomie normale, soit l'anatomie pathologique, soit la tératologie. — *Art.* 2. La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs (420). — *Art.* 3. Seront admises à concourir toutes les personnes françaises ou étrangères qui adresseront à la Société : 1° un mémoire manuscrit ou imprimé, sur les sciences ci-dessus désignées ; 2° une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire. — *Art.* 4. On n'admettra pas toutefois les ouvrages imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant rétroactivement compté à dater de l'époque à laquelle on décernera le prix. — *Art.* 5. On n'admettra pas non plus les travaux qui auraient été, antérieurement à la clôture du registre d'inscription, l'objet d'une récompense scientifique. Les candidats devront donc, dans leur lettre, déclarer expressément que leur travail n'a pas été récompensé jusqu'à ce jour. — *Art* 6. Sont exclus du concours les membres titulaires et honoraires de la Société anatomique. — *Art.* 7. Une commission de cinq juges, choisie parmi les membres titulaires et honoraires de la Société, sera chargée d'apprécier le mérite des mémoires envoyés. Cette commission sera nommée dans la première séance d'août. — *Art.* 8. Le prix sera décerné pour la première fois dans la première séance du mois de janvier 1865, et ensuite dans la même séance du même mois pour les années impaires 1867, 1869, 1871, etc. — *Art.* 9. Si, une année, le prix n'était pas donné, on le reportera sur l'année suivante, c'est-à-dire sur une année paire, 1866, 1868, etc., sans préjudice du prix qui sera donné intégralement, selon la règle, les années impaires, 1867, 1869, etc. — *Art.* 10. Que le concours ait lieu en 1865, 1867, etc., ou bien en 1866, 1868, etc., ce sera toujours à la date du 31 juillet au soir, pour dernier délai, que l'archiviste de la Société arrêtera la liste des candidats inscrits. — *Art.* 11. Les exemplaires des ouvrages envoyés au concours deviennent tous la propriété de la Société ; mais les auteurs des mémoires manuscrits pourront être autorisés à en prendre copie. — MM. les concurrents sont priés d'adresser leurs mémoires avant le 1er août 1885 à M. le Dr Broca, archiviste de la Société anatomique, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, 15, rue de l'Ecole de médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. GÉRIN ROZE insiste de nouveau sur l'encombrement des hôpitaux ; à Lariboisière il y a plus de 300 brancards ; le personnel devient insuffisant, les malades ne peuvent pas être soignés comme il conviendrait.

Il présente un malade guéri d'un kyste hydatique du foie. Après avoir fait deux ponctions, on employa le procédé de Récamier, modifié de la façon suivante : Incision de la paroi au thermo-cautère, application au fond de la plaie du caustique de Vienne, puis ultérieurement ouverture du kyste au thermo-cautère.

M. GUYOT présente une malade ayant eu l année dernière un rhumatisme articulaire aigu. Elle eut cette année une nouvelle attaque, au cours de laquelle se sont développées des nodosités sous-cutanées ayant absolument l'aspect de gommes. On essaya le traitement spécifique qui échoua complètement tandis que les tumeurs disparurent rapidement sous l'influence du salicylate.

M. LAILLER a plusieurs fois observé des tumeurs semblables dont la nature rhumatismale ne fait pas de doute ; elles surviennent rapidement, sont très douloureuses, se résorbent vite également. Analogues à l'érythème noueux, elles sont en général plus profondes, s'accompagnent parfois d'une teinte jaune chamois, ce qui indique l'existence d'un état bien plus congestif que dans les gommes. Il existe parfois chez les syphilitiques, soumis au traitement ioduré, des tumeurs analogues mais plus superficielles, assez grosses, rouges, ressemblant absolument à des gommes et qui se différencient de celles-ci en ce qu'elles disparaissent dès qu'on cesse l'emploi de l'iodure.

M. VALLIN lit, en le résumant, le long rapport qu'il a fait sur la contagiosité de la phtisie, rapport qui consigne le résultat de l'enquête générale à laquelle s'est livrée la commission de phtisiologie, constituée le 12 décembre 1884. On se rappelle que cette commission, à l'instar des commissions analogues, créées en Allemagne et en Angleterre, avait adressé à tous les médecins de France un questionnaire avec prière de le remplir et d'ajouter les observations à l'appui. 83 réponses sérieuses ont été faites ; 57 affirment la transmission de la tuberculose de l'homme malade à l'homme bien portant, 13 la nient ; 11 restent dans le doute ; 2 sont incompréhensibles. 439 cas ont été signalés ; dans 213 la contagion est notée ; elle n'existe pas dans 226. Les cas de contagion se répartissent ainsi : 107 cas entre conjoints ; 73 entre parents ; 38 entre frères et sœurs ; 19 entre parents et enfants et surtout de parents à enfants ; 16 entre sujets de parentés diverses et 32 cas de contagion par les serviteurs. M. Vallin expose ensuite le mode de classification des observations que la commission a adopté. Entrant alors dans le détail des faits, M. Vallin signale 14 cas où des parents déjà agés ont été contagionnés par leurs enfants ; la contagion mari-

tale a été indiquée 107 fois. Un des cas signalés par le rapporteur est le suivant : Une femme parfaitement bien portante perd son mari d'accident. Elle reste en parfaite santé pendant 5 ans puis se remarie à un homme tuberculeux avec des craquements aux sommets : quelques mois après elle est prise de fièvre et meurt de granulie en quatre semaines. Un fait nettement établi est celui de l'importation de la tuberculose par un phtisique dans une localité où elle était jusqu'alors presque inconnue. Dans un cas, il n'y avait eu dans une petite localité que 81 décès en 10 ans ; arrive un soldat phtisique. Bientôt trois cas mortels se montrent dans sa famille, puis on constate en peu de temps quinze décès par phtisie, puis cette sorte d'épidémie s'éteint. Dans un village de montagne vient un militaire également tuberculeux, plusieurs décès par phtisie surviennent peu après dans sa famille, puis plus rien. Au Canet, près de Cannes, la phtisie était presque complètement inconnue jusqu'en 1860. A partir de cette époque, correspondant à peu près au moment où Cannes fut envahi par les étrangers, les cas y devinrent très nombreux. On a pensé à les attribuer à la transmission par les matières fécales venant de Cannes et servant d'engrais dans tous les petits jardins de la localité. La tuberculose n'existait pas à Tahiti et à la Terre de Feu ; elle fut importée par les Européens et décime actuellement les populations de ces pays.— La transmission par des objets divers est notée plusieurs fois. L'hérédité joue un rôle important : elle est indiquée dans la moitié des cas environ. L'influence de la mère phtisique sur l'enfant est presque fatale, celle du père dans les mêmes conditions bien moindre. La transmission par atavisme existe également. La contagion de la mère par le fœtus contagionné par le père est fort rare. La contagion matrimoniale existe une fois sur dix cas où un des conjoints est phtisique ; en se basant sur ce chiffre on trouve qu'il y a annuellement en France de ce chef 2,500 décès par phtisie. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 février 1886.— Présidence de M. Horteloup.

M. Monod revient sur la communication qu'il a faite dans la précédente séance ; il insiste à nouveau sur la fréquence des pneumonies à la suite des opérations, portant sur les cavités buccales et pharyngiennes, et sur l'utilité de la trachéotomie préventive.

M. Verneuil pense que la trachéotomie chez l'adulte n'est point une opération sans gravité ; il n'attribue pas la mort encore fréquente ; surtout dans les opérations qui portent sur la langue et le maxillaire inférieur, à la pneumonie qui est plutôt une congestion pulmonaire intense, mais à la septicémie.

M. Marchand rappelle qu'il ne s'agit pas d'opération sur la langue ou le maxillaire, mais de l'ablation d'un large lambeau de la paroi latérale du pharynx ; cette opération n'a été faite que trois fois en France; les chirurgiens allemands font la trachéotomie préventive et leurs statistiques concluent en faveur de cette précaution.

M. Terrier n'attribue pas les accidents pulmonaires qui suivent la trachéotomie au froid de l'air inspiré, mais bien à ce que cet air n'a plus subi la filtration qu'il subit normalement dans son passage à travers les fosses nasales. — M. Terrier ne repousse pas absolument la trachéotomie préventive.

M. Trélat limite les indications de la trachéotomie préventive à ces cas dans lesquels on intéresse la paroi pharyngienne ou un point du pourtour du vestibule laryngien. Il insiste sur l'utilité de la sonde naso-œsophagienne et du tamponnement de la cavité buccale.

M. Polaillon n'a jamais éprouvé le besoin de faire la trachéotomie préventive dans quatre opérations qui intéressaient plus ou moins la paroi pharyngienne. Sur quatre opérés, deux ont guéri ; les deux autres sont morts l'un de septicémie, l'autre d'hémorrhagie.

M. Desprès n'admet la trachéotomie que comme opération palliative destinée à permettre aux malades de respirer et de vivre plus longtemps ; mais il ne l'admet pas pour prévenir des pneumonies scepticques qui n'existent pas ou qui ne sont que de l'infection purulente.

M. Le Fort croit que des pneumonies peuvent être déterminées par l'accès de l'air froid, après la trachéotomie.

M. Terrier accorde plus d'importance à la composition de l'air qu'à sa température.

M. Terrillon montre un kyste de l'ovaire, sur lequel on peut voir les effets des injections irritantes au chlorure de zinc qui avaient été essayées cinq ans avant la mort. L'injection avait été suivie d'accidents graves et pourtant la tumeur se reproduisit et dut être ponctionnée plusieurs fois. Le malade ayant succombé à des accidents éloignés, produits par sa tumeur, on put voir à l'autopsie que le kyste ne présentait aucune adhérence avec l'épiploon ou avec l'intestin, ni avec la paroi abdominale; mais il était intimement uni au fond et à la face supérieure de l'utérus. Ses parois sont épaisses, fibreuses, ratatinées ; il contient trois ou quatre kystes secondaires, à parois épaissies et flétries. M. Terrillon conclut que les injections irritantes n'ont qu'une action très minime sur les kystes multiloculaires.

M. Bouilly communique une observation de laparotomie pour un kyste hydatique du foie intra-péritonéal. L'opéré guérit rapidement.

M. L. Lefort indique un nouveau moyen d'obtenir la forme et les dimensions exactes du thorax; on applique une bande de tarlatane plâtrée autour du thorax, et, quand elle est sèche, on la retire pour transcrire sur du papier le circuit qu'elle représente. Ce moyen facile permet de se rendre compte de l'amplitude du retrait, par exemple après l'opération d'Estlander.

M. Polaillon présente un malade auquel il a fait, il y a un an, la résection du coude pour une arthrite tuberculeuse. Toutes les parties atteintes n'avaient pu être enlevées, il y eut une suppuration assez longue; l'opéré est complètement guéri et les mouvements sont conservés dans une large mesure.

M. Marchand présente un utérus qu'il a enlevé par hystérectomie vaginale pour un cancer. Une pince à demeure placée pour arrêter une hémorrhagie de la paroi postérieure du vagin pinça le rectum ; du spacèle de cet organe résulta une fistule stercorale ; cette fistule guérit trois mois après l'opération. L'opération a été faite il y a cinq mois et il n'y a encore aucune trace de récidive.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 26 janvier 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Huchard, après les révélations de M. D. Beaumetz, ne lira pas la note qu'il avait faite sur l'hopéine; néanmoins il doit dire que le houblon possède un principe somnifère car l'hopéine brune qu'il a eue à sa disposition et qui ne renfermait pas de morphine, faisait parfaitement dormir les malades.

M. Limousin ne peut s'associer à l'idée émise par M. Huchard car l'extrait de houblon et la lapuline se prescrivent à des doses presque massives et n'ont jamais fait dormir personne.

M. Dujardin-Beaumetz a employé l'uréthane à la dose de 1 à 3 grammes en une seule fois et en a obtenu de bons résultats.

M. Bédoin présente des *papiers médicamenteux* au sublimé, à l'acide phénique, à l'iodoforme, dont il a retiré de grands avantages dans le pansement des plaies. Ces papiers coûtent fort peu, il en est de même de la charpie antiseptique que l'on peut préparer en coupant de minces bandes.

M. Saniné lit une note sur les propriétés du *kava* dans la blennorrhagie et les affections des voies urinaires. Ce médicament bien supporté par l'estomac n'occasionne pas de diarrhée. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 18 février 1886. — Présidence de M. Letourneau.

M. Chudzinski montre un homme ayant de la polydactylie aux deux pieds et présentant aux mains la déformation dite en pince d'écrevisse. A une main, il y a trois

doigts et deux seulement à l'autre, et ces doigts siègent de chaque côté d'une fente profonde séparant les métacarpiens, d'où l'aspect de pince. La mère de ce sujet était fort nerveuse; lui-même l'est également. Son fils n'a que quatre doigts.

M. Fauvelle prend encore la parole pour traiter toujours de l'hérédité et de l'atavisme. Sa longue communication ne renferme pas autre chose que les propositions suivantes, d'ailleurs justes, mais pas neuves. Le terme d'hérédité ne suffit pas pour désigner les faits de réapparition de caractères que les transformations par sélection artificielle permettent de constater; on peut lui substituer celui d'atavisme. Mais tous les autres phénomènes qu'on a voulu désigner par le même terme ne sont que des variations de diverses natures ou des arrêts de développement ne rappelant que d'une manière grossière certains états ancestraux ; c'est errer que d'y voir une relation de cause à effet.

M. Demole cite le fait suivant : il a enfermé des œufs de grenouille dans un récipient avec de la limaille de fer, puis a agité le tout pendant quelque temps. Beaucoup d'œufs furent blessés; on les plaça tous dans un étang, et quelque temps après, on constatait de très nombreux cas de polymélie. Cette anomalie se transmit héréditairement et, après plusieurs générations, on pouvait en constater encore des cas, mais en bien moins grand nombre qu'au début.

M. Letourneau rappelle que chez beaucoup de peuples primitifs, la numération se fait jusqu'à cinq sur les doigts et qu'on dit pour ce chiffre : une main. Il cite de très anciennes inscriptions trouvées en Italie, où cinq est ainsi représenté : IIIIV. Il croit qu'on peut émettre l'hypothèse que V ou Λ est une représentation graphique de la main.

M. E. Reclus pense qu'on peut de même supposer que le signe de dix, X, est formé de deux représentations de mains superposées V Λ.

M. Vinson fait remarquer que beaucoup de peuples primitifs comptaient jusqu'à 5, puis disaient : 5 + 1 + 2 + 3 et 10 — 1. La numération binaire, d'après M. Reclus, serait plus ancienne ; certains Australiens l'ont encore : ils disent : 2 + 2 + 2, etc.

M. Topinard critique la manière dont ont été établis les groupements dans les mensurations de l'indice céphalique. Si les moyennes sont fort souvent utiles, la sériation est indispensable ; on peut la constituer en rangeant les résultats obtenus en petits groupes renfermant tous le même nombre de chiffres. On peut par exemple faire les groupes de 5 en 5, ou de 2 en 2, en deçà et au delà d'une moyenne déterminée. Partant de ce principe, M. Topinard propose une nouvelle sériation des chiffres de l'indice céphalique, qui modifiera un peu la terminologie admise aujourd'hui. Ainsi, tel qui était mésaticéphale, ne le sera plus et pourra devenir brachycéphale, etc. M. Topinard croit néanmoins cette réforme nécessaire. L. Capitan.

CORRESPONDANCE

De la dilatation de l'estomac chez les enfants

Paris, 15 février 1886.

Dans un article récent (30 janvier 1886), M. le Dr Comby vient d'offrir aux lecteurs du *Progrès médical* une critique vive de la partie de notre thèse relative aux ectasies de l'enfance. Nous tenons à répondre à chacun des reproches qui viennent de nous être adressés. La tâche sera d'autant plus aisée que nous n'avons qu'à lire notre texte pour l'accomplir. M. Comby nous aurait évité cette peine s'il avait bien voulu citer non seulement des affirmations isolées, mais les commentaires dont elles sont inséparables et qui en sont la confirmation rigoureuse.

M. Comby commence par critiquer notre procédé de mensuration de l'estomac et nous fait observer que ce viscère est une poche dont il faut évaluer la capacité et non une surface à deux dimensions. Il attribue aussi à l'insufflation une fidélité plus que douteuse et recommande, en somme, l'introduction méthodique d'une quantité suffisante d'eau comme étant le meilleur moyen de mesurer un organe creux.

Si M. Comby avait lu attentivement nos pages 27 et 28 il aurait vu que nous qualifions notre procédé de mensuration d'assez imparfait. Cependant, lorsqu'un procédé même imparfait est appliqué invariablement dans les mêmes conditions, il donne des résultats comparables. En se servant toujours d'un même thermomètre inexact, on obtient toujours une courbe dont les éléments relatifs sont exacts. Nous avons donc employé ce procédé, faute d'en trouver un préférable. Le moyen préconisé par M. Comby ne résiste pas à l'examen. L'introduction méthodique d'eau ne peut servir à apprécier la capacité d'un organe creux, qu'à une seule condition, c'est que les parois de cet organe soient inextensibles. Comme ce n'est pas le cas pour l'estomac, comme la quantité d'eau qu'il peut contenir augmente en raison inverse de la résistance élastique des parois (donnée qui échappe à tout calcul pratique et qui varie avec chaque estomac considéré), ce procédé permet seulement d'apprécier la capacité maxima d'un estomac distendu par de l'eau. Pour que ce procédé donnât des résultats exacts, il faudrait trouver un moyen qui rendît les parois de l'estomac inextensibles et ne recourir à l'introduction d'eau qu'une fois cette condition remplie. Cette condition *sine qua non* n'étant pas encore réalisable, la réplétion d'eau pourra donner à des estomacs sains et à des estomacs dilatés des dimensions identiques. C'est dire suffisamment que si la mensuration est un procédé imparfait, comme nous sommes le premier à le reconnaître, l'introduction d'eau est un moyen tout à fait défectueux.

Voilà pour la mensuration. Quant à l'insufflation, elle ne nous a jamais servi à mesurer la capacité de l'estomac. Qu'on veuille bien se reporter à la page 23 de notre thèse, on verra que cette manœuvre n'a été employée que pour détruire la rétraction musculaire, pour mettre tous nos estomacs dans des conditions identiques, pour les rendre comparables. Lorsqu'on veut comparer une série d'organes similaires, il est en effet indispensable de les examiner dans des conditions identiques. C'est ce que l'insufflation nous a permis de faire.

M. Comby critique ensuite notre tableau statistique et les conclusions que nous en avons tirées. Il semblerait d'après lui que ce tableau a été composé avec l'idée préconçue de ruiner sa doctrine. Il n'en est pourtant rien. M. Comby avait sans doute oublié de lire cette phrase de la page 27 de notre travail : «.... Nous avons fait un certain nombre de mensurations pour obtenir les dimensions *normales* de l'estomac aux différents âges. Une fois ces dimensions obtenues, nous pensions pouvoir établir une moyenne à peu près fixe qui pût nous faire considérer comme dilatés les estomacs qui lui seraient notablement supérieurs. » Nos mensurations n'avaient donc d'autre but prémédité que de déterminer les dimensions moyennes de l'estomac normal aux différents âges et de chercher la dilatation. C'est donc seulement à force de ne pas la trouver que nous avons eu de la *tendance* à nier les conclusions de M. Comby.

En ce qui concerne l'histoire clinique des enfants que nous avons autopsiés, nous avouons que ce côté de la question ne nous intéressait, dans le cas particulier, que très médiocrement. Et, en effet, nous ouvrons l'abdomen d'un enfant : de deux choses l'une, ou son estomac est dilaté ou il ne l'est pas. S'il l'est, il faut en prendre note et chercher quel rapport il y a entre cette dilatation et l'affection dont il est mort ; mais s'il ne l'est pas, la connaissance de cette affection nous apprendra-t-elle quelque chose de plus sur la constatation à laquelle nous nous bornons de parti pris? « D'où venaient ces enfants, de quelle maladie sont-ils morts? » s'écrie M. Comby. Mais, c'est le moindre de nos soucis : nous constatons que leurs estomacs ont des dimensions sensiblement égales, que les quelques écarts qu'ils accusent s'expliquent aisément par la putréfaction inégalement avancée du grand cul-de-sac et par la variabilité habituelle de la capacité normale. Etant sensiblement égaux, ils sont forcément tous normaux ou tous dilatés. Comme il n'est pas admissible que sur 43 autopsies successives, relatives à des affections diverses, on trouve 43 dilatations de l'estomac et que les estomacs en question avaient leurs rapports habituels, nous devions les considérer comme normaux. Notre tableau statistique a donc toute la valeur que nous lui attribuons puis-

qu'il contient les éléments qui suffisent à confirmer nos conclusions. Il n'est donc pas nécessaire que tous les éléments quelconques qui pourraient le constituer soient connus, contrairement à l'affirmation de M. Comby. Au surplus, les 43 cas qui figurent dans notre tableau ne devraient pas être incriminés exclusivement. Les centaines d'autopsies que nous avons pratiquées pendant 13 mois et qui nous ont permis de découvrir autant d'estomacs semblables aux 43 premiers seraient également relatives à des dilatations gastriques!

Cette supposition est tellement invraisemblable, que M. Comby reconnaît lui-même implicitement que nous n'avons pas rencontré de dilatation, lorsqu'il dit : « Mais nous n'avons jamais prétendu que la dilatation de l'estomac existait chez tous les enfants indistinctement et qu'on la retrouverait dans toutes les autopsies que pourraient faire des chercheurs, etc.... » Il dépasse même la mesure, car nous n'avons jamais prétendu, pour notre part, que M. Comby prétendait tout cela. Il a prétendu que la dilatation gastrique était fréquente chez les enfants soumis à une mauvaise hygiène alimentaire et rachitiques. Nous, nous prétendons que nos autopsies d'enfants répondant à ces conditions étaient négatives au point de vue de la dilatation.

Ce qui précède prouvera, nous l'espérons, à M. Comby que nous n'avons pas cherché la dilatation *sans discernement, au hasard*, mais chez tous les enfants et en particulier chez les nombreux misérables et rachitiques à gros ventre dont il donne le signalement. Cette richesse de faits anatomo-pathologiques si dédaignée de lui, c'est à notre séjour à l'hospice des Enfants-Assistés que nous la devons. C'est dans cet établissement que Parrot aurait été capable de découvrir la dilatation chez les rachitiques, dilatation bien facile à reconnaître, qui doit sauter aux yeux, si, comme le dit M. Comby, la limite inférieure de l'estomac atteint ou dépasse l'ombilic. Si, au contraire, cette dilatation veut être « cherchée, pour ainsi dire, avec préméditation et de parti pris », c'est qu'elle n'occupe pas la région indiquée par M. Comby et alors rien ne la distingue de l'état normal avec lequel elle se confond. L'argument tiré du silence de Parrot mérite donc bien qu'on s'y arrête.

Cette série continue d'observations négatives ne nous permettait pas de connaître la dilatation au point de vue anatomique et encore bien moins au point de vue clinique. La publication en aurait été aussi inutile que volumineuse. Il n'était donc pas nécessaire que M. Comby prît la peine d'en chercher une seule dans notre thèse, qu'il accuse d'être *compendieuse*, c'est-à-dire abrégée et d'avoir 142 pages! Elle n'en contient aucune. Aussi, quelle n'a pas été notre surprise en lisant dans le *Progrès*, qu'il avait trouvé *huit semblants* d'observations ne prouvant rien ni pour ni contre la dilatation. Il y a là une erreur qu'il importe de relever :

De la page 65 à la page 68 de notre thèse, nous relatons, en effet, huit observations expérimentales faites sur des enfants, mais M. Comby se trompe étrangement en croyant que nous basons sur elles l'opposition que nous avons été amené à lui faire. Ces expériences sont destinées à montrer quelques exemples des conditions physiques nécessaires à la production du bruit de clapotage en général, et à faire voir qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre le siège réel du clapotement et le point de la paroi au niveau duquel on le provoque. Ces huit observations expérimentales sont courtes, c'est vrai, tout verbiage inutile en est exclu, mais elles ne sont nullement des « semblants d'observations », car elles prouvent l'exactitude des considérations qui les précèdent (p. 62 à 65). Un peu plus loin, M. Comby commet encore une erreur en citant textuellement une de nos affirmations malheureusement isolée du cadre qui en précise le sens. Nous disons, en effet, que *la voussure épigastrique ne peut être due qu'à l'intestin*. Le lecteur qui ne voit que cette phrase peut lui donner le même sens que M. Comby, à savoir « qu'un estomac, si distendu et si dilaté qu'il soit, n'affecte pas de rapports avec la paroi abdominable antérieure, ce qui est absurde. » Cette affirmation est absurde, en effet, mais à la seule condition d'être présentée dans un isolement qui en altère le véritable sens. Il suffit de lire notre page 80 pour voir que cette affirmation ne s'applique *qu'à la distension gastro-intestinale pure, chez les enfants à gros ventre répondant à la description de M. Comby et dont nous avons vérifié les rapports intra-abdominaux à l'autopsie*. Et cela est si vrai que nous écrivons un peu plus loin, même page : « *Il faudrait qu'il y ait distension en même temps que dilatation notable pour que l'estomac puisse former une voussure allant jusqu'à l'ombilic.* » En somme nous disons exactement le contraire de ce que M. Comby nous fait dire.

Ce n'est qu'à propos du bruit de clapotage que nous trouvons dans l'article de M. Comby trois lignes qui nous mettent tous deux complètement d'accord : « Si M. Malibran n'a pas perçu ce bruit chez les enfants, c'est qu'apparemment il ne s'est pas trouvé en présence de dilatations gastriques chez les sujets de cet âge. » Cela est tellement vrai, que nous avons affirmé n'en avoir trouvé aucune pendant un séjour de 13 mois aux Enfants-Assistés. Quant au timbre du bruit de clapotement nous ne l'avons jamais trouvé avec le caractère de force qu'il acquiert dans les dilatations de l'adulte, et nous avons démontré que son intensité ne prouve nullement son siège stomacal. C'est pourtant sur ce caractère que se fonde M. Comby pour le distinguer. Il nous apprend obligeamment qu'il n'a pas inventé le bruit de clapotage et qu'il a entendu chez l'enfant celui que Chomel, Bouchard, etc., ont entendu chez les adultes. Cela ne nous fixe nullement sur le bruit qu'a entendu M. Comby, car les auteurs qu'il invoque n'ont pas entendu un bruit unique, toujours identique à lui-même, ils ont entendu des bruits de clapotage dont l'intensité et le timbre variaient plus ou moins avec chaque individu considéré, suivant certaines conditions physiques que nous avons étudiées. Chez les enfants en bas âge, à distension intestinale considérable, la distinction entre le clapotage gastrique et le gargouillement intestinal n'est pas facile comme chez l'adulte. M. Comby prétend savoir la faire par le timbre et le siège de ce bruit. Mais, nous avons prouvé que le timbre ne dépend que de la quantité relative de fluides hydro-aériformes et de la capacité du réceptacle ; il faut donc bien que l'intestin clapote comme l'estomac quand sont réalisées les conditions nécessaires à ce clapotement. Quant au siège, nous avons prouvé qu'on n'en pouvait rien conclure, le clapotement pouvant être provoqué à distance. Comme M. Comby passe prudemment cette objection sous silence, nous ne nous y arrêterons pas. Le timbre et le siège du clapotage n'étant pas des caractères de valeur suffisante, nous ne trouvons pas M. Comby en droit de dire : « La dilatation est très commune dans la première enfance;... chez *tous* les rachitiques soumis à notre observation, nous avons trouvé les signes physiques d'une dilatation plus ou moins considérable de l'estomac. » Nous contesterons ces affirmations tant que la preuve anatomique fera défaut et nous les nions déjà complètement dans ce qu'elles ont d'absolu.

Les recherches de contrôle que M. Comby réclame ne figurent pas dans notre travail sous la forme qu'il indique, c'est vrai, mais nous n'admettons pas que cette forme soit la seule qui permette d'arriver à un résultat valable. La notation de l'état de l'estomac d'un rachitique à jeun, suivant les procédés de Bouchard qui ne concernent que l'adulte, n'est pas applicable à l'enfant. Nous avons dit pourquoi. L'examen de l'estomac sur le cadavre est la seule vérification sérieuse. Quant à l'autopsie d'un rachitique chez lequel on a trouvé avant la mort un clapotement périombilical, elle suffirait, si elle était négative, à ruiner la doctrine de M. Comby, mais nous ne nous sommes pas trouvé dans ces conditions ; nous ne pouvons donc nous en rapporter qu'à ce seul fait pour ne pouvoir encore l'accepter : une série d'autopsies négatives concernant de nombreux rachitiques,

Nous pensions avoir épuisé les arguments qui réduisent à néant les objections de M. Comby. Cet auteur se charge de nous en fournir un dernier et décisif. Le voici : « une dernière preuve enfin, qu'il s'agit bien de dilatation de l'estomac, c'est que le traitement spécial dont M. Bouchard a posé les règles, améliore et guérit les malades que nous regardons comme atteints de dilatation de l'estomac. » Une dilatation qui guérit!

Un estomac qui peut revenir sur lui-même par reprendre sa capacité normale est un estomac qui reprenant sa tonicité physiologique peut de nouveau faire équilibre à la pression des gaz qu'il contient : c'est un estomac *distendu*. M. Comby précise

donc bien lui-même qu'il a eu affaire à des *distensions* et non à des dilatations. Cette distinction est l'objet principal de la thèse qu'il vient de critiquer et sa critique n'a pas porté un seul instant sur cette distinction. Il l'admet donc sans réserve. S'il l'admet avec ses conséquences, il reconnaît implicitement qu'il n'a vu comme nous que des distensions gastriques, gazeuses ou liquides, mais non l'ectasie définitive, la véritable dilatation.

En résumé, M. Comby nous accuse d'avoir entrepris notre travail avec la préméditation de lui faire opposition. Il prétend que nos autopsies faites au hasard, sans discernement, dans un service hospitalier impropre au *but visé*, ne prouvent rien. Enfin, il nous montre aux yeux de ses lecteurs comme basant notre opinion sur des observations qui, en réalité, sont relatives à un autre objet et sur une affirmation isolée dont le sens est altéré.

De notre côté, nous prouvons que les signes sur lesquels M. Comby construit son hypothèse, n'ont pas toute la valeur qu'il leur attribue, nous opposons à sa manière de voir une respectable série de faits anatomiques négatifs, nous attendons enfin que la dilatation de l'estomac des rachitiques de 2 ans nous soit prouvée avant de l'admettre, et voilà que M. Comby, lui-même, avoue enfin qu'il considère comme dilatation ce qui n'est que la distension atonique. Nous voilà donc d'accord, et, nous nous tenons pour satisfait. Nous tenons seulement à constater que l'objet même de notre thèse a échappé à M. Comby, ce qui prouve qu'il a dû nous lire avec un peu trop de précipitation.

Veuillez agréer, etc. Dr MALIBRAN.

Réponse à M. Malibran.

Il serait superflu de reprendre un à un tous les arguments que M. Malibran réédite aujourd'hui dans le *Progrès médical*. Pour couper court à des discussions interminables et qui ne peuvent convaincre, je le vois bien, ni M. Malibran ni moi, il suffit de rappeler que l'auteur, dans les nombreuses recherches qui devaient avoir pour résultat la *négation* des ectasies gastriques de l'enfance, n'a pu produire *une seule observation*. Je passe condamnation sur tous les faits accessoires qu'on pourra objecter, mais je persiste à demander : un estomac normal, non dilaté, à l'autopsie d'un rachitique ayant présenté pendant la vie le clapotage dans la région ombilicale. M. Malibran se déclare lui-même incapable de donner satisfaction sur ce point. Dr J. COMBY.

Berlin, 20 février 1886.

Dans la dernière séance de la Société médicale de Berlin M. Gluck, a fait une communication sur le rôle de la chirurgie pendant la guerre serbo-bulgare.

Un train sanitaire, envoyé par la société allemande de la Croix Rouge, placé sous la direction du Dr *Langenbuch*, fut bientôt suivi d'un second, sous la direction de MM. *Gluck* et *Grimm*. Ils se présentèrent le 5 décembre à *Pirot*; ils trouvèrent que le système suivi jusqu'alors, consistant en l'installation d'un seul lazaret bien organisé à *Sophia*, ne correspondait pas aux besoins des blessés, et s'empressèrent de fonder un lazaret à Pirot même, pour faire bénéficier rapidement les blessés d'un pansement approprié.

Dans la capitale de la Bulgarie, la misère était grande. Les casernes et les maisons particulières étaient transformées en ambulances. Il y avait grande pénurie de chirurgiens.

M. Gluck put utiliser l'hôpital allemand avec ses 60 lits ; il commença par faire désinfecter à fond quelques salles, et y plaça ses opérés. Par suite de la rapidité avec laquelle les événements se déroulèrent, la plupart des envois arrivèrent trop tard, mais malgré cela les chirurgiens eurent de beaux succès à leur actif, ce qui contribua à stimuler le zèle des chirurgiens indigènes. Ces derniers consultaient sans cesse M. Gluck et lui furent fort reconnaissants de ses bons offices. La science s'enrichit ainsi de quelques faits nouveaux. Voici ce que M. Gluck a pu constater.

Les blessés arrivaient mal couchés et non pansés à Sophia : les Bulgares ayant une grande force de résistance et étant sobres, la chloroformisation était facile, sans stades d'excitation. Au commencement, on employa le tamponnement et les pansements rares. Les antiseptiques toxiques furent fort peu employés, car ils sont dangereux pour les blessés débilités. On employa surtout le sublimé, l'iodoforme et l'acétate d'alumine, à des doses très exactement contrôlées. Le chirurgien a obtenu ainsi quelques beaux résultats, malgré la fréquence des plaies infectieuses et des fractures compliquées par arme à feu. Chaque jour arrivaient des fractures avec dislocation des fragments, écoulement de pus sanieux, de séquestres, avec décubitus gangréneux et grande prostration. Les pronostics étaient presque toujours graves. M. Gluck arriva néanmoins à désinfecter souvent ces plaies en débridant largement les parties molles, en enlevant toutes les esquilles et en faisant une toilette soignée des plaies. On réséqua souvent les surfaces de fractures, pour éviter les amputations. Il y eut ainsi 2 cas intéressants de fracture du crâne. Le premier cas était une fracture compliquée du crâne avec paralysie des extrémités, qu'une opération hardie et heureuse a guéri. Dans le second cas, la mort survint par abcès secondaire du cerveau. L'auteur en tire comme conclusion que dans les blessures récentes du cerveau il faut soigneusement enlever les esquilles, bien désinfecter la plaie, mais ne pas chercher à extraire la balle. Dans les stades secondaires, il faudra en outre rechercher et vider s'il y a lieu, les abcès cachés sous la dure-mère, chercher le canal creusé par la balle et extraire celle-ci. L. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale faites à la Pitié ; par le professeur JACCOUD. — Paris. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeur, 1886.

Ce nouveau volume de clinique ne dépare pas la collection de ses aînés; il se recommande à l'attention des médecins par les mêmes qualités de style, par le même talent d'exposition. Un certain nombre de leçons fort intéressantes méritent d'être signalées : la cinquième est relative à un cas de maladie cardio-artérielle, peut être unique dans la science au point de vue étiologique et pathogénique ; le point de départ des accidents aurait été une ligature de la sous-clavière droite faite huit ans auparavant par M. Panas. (Diagnostic vérifié à l'autopsie.) Suivent quelques leçons sur l'adhérence du péricarde, l'aortite, l'insuffisance tricuspide relative. Trois leçons sont consacrées au cancer de l'estomac et du pancréas.

Puis sont décrits successivement la pyélo-néphrite, le tic douloureux de la face, la méningite, suite d'otite, la sclérose en plaques consécutive aux maladies aiguës, le mal de Pott cervical, le rhumatisme vertébro-méningé, la diathèse lymphogène. Plusieurs chapitres parmi les meilleurs traitent du mal de Bright et des albuminuries : M. Jaccoud expose les principes de son traitement diététique et pharmaceutique des néphrites chroniques. Il insiste sur le régime lacté *absolu*, sur l'hydrothérapie, sur les inhalations d'oxygène. Après avoir étudié quelques cas de diabète sucré et de fièvre intermittente, M. Jaccoud clôt la série de ses leçons cliniques par l'examen comparatif de la valeur thérapeutique de l'antipyrine et de la thalline. La communication faite sur le même sujet à l'Académie de médecine a déjà révélé le scepticisme que professe M. Jaccoud à l'égard de ces deux médicaments nouveaux.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

6 novembre. — Ledit Sr maître au Spirituel remontre au Bureau qu'il est très dur de retrancher quelque chose sur les messes, et que le Bureau a intérêt de ne diminuer point le salaire des chapelains, *parce que c'est le seul moyen de trouver de bons sujets*. La Cie a répondu que la condition des chapelains est assez avantageuse pour y attirer des personnes de mérite.

6 novembre 1665. — *Les Chapelains ayant perdu le moyen de tirer de l'argent supplémentaire des messes s'ingèrent de se rattraper sur la sacristie.* A l'égard de ce que ledit Sr maître (1) a dit que dans la sacristie il n'y a point de chasubles rouges tant soit peu considérables qui puissent servir pour les messes

(1) Maître au Spirituel.

bas[illegible] aux [illegible] qu'il n'y a pas un missel qui puisse ne [illegible] present [illegible] estre [illegible].

Surquoy la Compagnie [illegible] Hostel Dieu il se fait dire plusieurs messes [illegible] quelque proffit à la sacristie de l Hostel Dieu, lequel proffit doit servir à telles necessitez de ladite sacristie [illegible] Maitre n'en fait aucune recette et le [illegible] n'en rend aucun compte au Bureau.

Le Sr Martin a dit que [illegible] proffit est tres-petit qu'il *n'en a pas compté, parceque [illegible] faisoit pas* et qu'il ne peut en compter qu'il [illegible] à MM. du spirituel, et la Compagnie a [illegible] *l'argent provenant de la sacristie ne dépend point du spirituel* [illegible] doit être employé par le Bureau aux besoins de la [illegible] qu'il est à propos que dans ses états il fasse doresnavant [illegible] profit tel qu'il sera, comme aussy de celuy qui [illegible] depuis qu'il est maitre au spirituel; et que donnant [illegible] qui est necessaire à la Sacristie, le Bureau y employera [illegible] proffit et [illegible] au surplus s'il est besoin (*Reg* 33, P. [illegible]).

20 novembre 16.5 — *Les [illegible] refusent d'obéir* (*Remarquer le ton acerbe du greffier [illegible] du Me au spirituel*). Sur le rapport qui a esté fait de ce qui fust areste le dernier jour, touchant les proffits de la sacristie [illegible] le Maitre de l Hostel Dieu au spirituel refuse de rendre compte, Monseigneur le premier Prezidant a esté d'avis de le mander, et estant venu, et luy ayant esté demandé le sujet de son refus, il [illegible] *rendu autre raison sinon que les Maitres qui l'ont precedé [illegible] rendoient pas compte* et que Messieurs les Directeurs du spirituel dudit Hostel Dieu luy ont aussy deffandu de le faire [illegible] *scait qu'il est dependant d'eux absolument* [illegible] repeté *deux ou trois fois*, Monseigneur le premier president [illegible] dit qu'il ne dependoit pas tellement desdits Sieurs du spirituel qu'il ne dependit aussy du Bureau *ou il etoit receu [illegible] soumis et devoit suivre les ordre[s]* principalement au fait dont il s'agit, qui regarde le temporel, estant des deniers qui doivent entrer en la recette de l Hostel Dieu des revenus [illegible] les necessitez de la sacristie jusqu'à *des [illegible]* le Maitre couche en despense dans ses etats; que [illegible] compte des convois et services, il le doit rendre aussi du proffit de la sacristie, qu'il n'y pas lieu de faire distinction [illegible] *qu'on ne pense pas qu'il veuille faire tourner [illegible] à son profit*, que s'il ne veut pas rendre compte [illegible] qu'il fournisse à tous les besoins de ladite sacristie [illegible] demander au Bureau (*Reg.* 33, P. 213 et verso).

(*A suivre*).

La Crémation.

L'achèvement du Crématorium de Buffalo [illegible] soulevé dans la Grande Presse une discussion à laquelle la presse médicale est restée étrangère à notre grande surprise [illegible] pourtant les médecins qui ont décidé de l'Entreprise [illegible] les promoteurs [illegible]; mais nous doutons qu'aucun [illegible] promoteurs se fasse personnellement incinérer. Au point de [illegible], la crémation ne soulève aucune objection [illegible] grand argument, c'est que la crémation peut servir à dissimuler des crimes. Le clergé d'autre part proclame que la crémation [illegible] des sentiments religieux, et son influence a toujours été telle, [illegible] en dépit de la science, que cette résistance [illegible] vaincue, et on n'en viendra à bout qu'à force de [illegible] raisons. Les Grecs et les Romains avaient adopté la crémation pour des raisons tout à fait différentes des nôtres. [illegible] les corps étant, d'après l'ancienne loi romaine, [illegible] *commencement* exemple d'impiété [illegible] d'honneur [illegible]. [illegible] les Anciens regardaient le feu comme un [illegible]; [illegible] l'emblème de la pureté et [illegible] consumé par le feu. [illegible] la crémation fut-elle adoptée [illegible], non point [illegible] les criminels et les [illegible] étaient toujours enterrés, ce qui prépara les voies [illegible] introduisant le christianisme.

Avec les Chrétiens la question changea [illegible] sacré pour les Anciens devint [illegible] pour les Modernes [illegible] souvent, [illegible] conservateurs, [illegible]. La [illegible] chrétiens.

N[illegible] en [illegible] nous [illegible] d'encombrement [illegible] le pr[illegible] a été [illegible] en Europe [illegible]. Ils enterrent [illegible], mais des [illegible] communes. *La, la crémation deviendra nécessaire, doit faire des progrès rapides.* On a construit aux Etats-Unis de *nombreux crématoires* qui pourront bientôt nous rendre des services. La question a été telle que personne à présent ne peut espérer voir triompher généralement la crémation. Ses partisans travaillent donc pour la postérité, mais ils doivent savoir qu'ils ne rentreront pas d'un siècle ou de deux dans l'argent qu'ils ont dépensé (*Buffalo Medical and Surg. Journal* 1886).

Actes de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 10. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Fournier, Rémy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Le Dentu, Guéniot, Reclus; — 2e *Série* : MM. Guyon, Nicaise, Pinard.

JEUDI 11. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Lancereaux, Hallopeau; — 2e *Série* : MM. Peter, Grancher, Joffroy; — 3e *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Duguet, Troisier.

VENDREDI 12. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Terrier, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, Rendu. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Fournier, Dieulafoy, Landouzy.

SAMEDI 13. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Lancereaux, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Berger, Charpentier; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Ball, Cornil, Hanot; — 2e *Série* : MM. Peter, Duguet, Debove.

Enseignement médical libre.

Cours et leçons particulières d'accouchements. — (Semestre d'été). — Incessamment le Dr VERRIER, ancien préparateur à la Faculté de Médecine, recommencera ses cours et leçons particulières à sa clinique, 129, rue Saint-Honoré. Les leçons ont lieu tous les jours, à 5 heures 1/4. Outre les manœuvres sur le mannequin avec les anciens et les nouveaux instruments, MM les élèves seront aussi exercés aux accouchements au lit des femmes, et recevront des conseils par une sage-femme habile sur les soins consécutifs à donner à la mère et sur l'habillement de l'enfant qu'ils pratiqueront eux-mêmes sur le nouveau-né. S'inscrire d'avance chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, tous les jours de 1 à 2 heures.

FORMULES

I. Traitement du psoriasis. Fox.

Dans le numéro du 1er octobre 1885, du *The Dublin journal of medicin*, M. le Dr G.-H. Fox, signale une nouvelle médication qui lui a donné les meilleurs résultats dans le traitement du psoriasis. Il conseille l'emploi de la formule suivante :

Chrysarobine.	10 gr.
Acide salicylique.	10 gr.
Ether	15 gr.
Collodion élastique.	100 gr.

Il suffit de badigeonner les parties malades avec la préparation ci dessus.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. Du dimanche 21 fevrier 1886 au samedi 27 février 1886, les naissances ont ete au nombre de 1263 se decomposant ainsi: *Sexe masculin* . légitimes, 466; illégitimes, 188. Total, 654. — *Sexe féminin* : légitimes, 433, illegitimes, 176. Total, 609

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'apres le recensement de 1881, 2.225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 février 1886 au samedi 27 février 1886, les décès ont été au nombre de 1246, savoir : 622 hommes et 624 femmes. Les decès sont dus aux causes suivantes Fièvre typhoïde: M. 13 F. 10. T. 23. Variole : M 4, F 5, T. 9. — Rougeole M. 7 F 5, T. 12 — Scarlatine : M. 3. F. 1 T. 4. Coqueluche : M. 4 F. 7. T 11. — Diphthérie, Croup : M 29 F. 21, T. 50. Dyssenterie · M 0. F. 0, T 0. — Erysipèle : M. 5, F. 2 T. 7. — Infections puerpérales : 6 — Autres affections épidémiques : M .., F .., T .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 13 F 26, T. 39. — Phthisie pulmonaire : M. 129, F. 89 T. 218. — Autres tuberculoses M 24 F. 12. T 36. — Autres affections générales . M. 31. F 36 T 67 — Malformations et debilité des âges extrêmes : M. 22, F. 45 T. 67 — Bronchite aiguë: M. 27, F. 21, T. 48 — Pneumonie M. 81, F. 84. T. 165. — Athrepsie M 19 F. 25 T. 44. — Autres maladies des divers appareils . M 811 F. 213, T. 394. — Après traumatisme : M. .., F. .., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 7. T. 27 — Causes non classées M 10. F 9. T 19.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 99 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35; illégitimes, 27. Total : 62. — *Sexe féminin* : légitimes, 23 ; illégitimes, 14. Total : 37.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET EN ACCOUCHEMENTS. — La 1re séance a eu lieu le 1er mars. La question écrite, (1re épreuve), a été la suivante : *Décrire le crâne osseux, son développement, ses fonctions*. La lecture des compositions commencera le 3 mars à 5 heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté dans l'ordre suivant : MM. Truc, Forgue, Delapersonne, Picqué, Pousson, Vautrin, Ramonède, Dénucé, Hache, Etienne, Barette, Brun, Marchand, Bazy, Gangolphe, Routier, Schwartz, Michaux, Ménard, Augagneur, Jalaguier, Castex, Nélaton, Gerbaud, Bar, Rémy, Stapfer, Guinier, Bureau, Auvard, Maygrier, Boissard. — Les autres questions qui étaient dans l'urne étaient : *Péritoine*, an. et phys.; — *Système musculaire lisse*, an. et phys. — La lecture des copies a lieu tous les jours aux jours et heures indiqués.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN MÉDECINE. — *Pathologie interne et médecine légale*. — Ordre de la soutenance des thèses : 1re *séance*. — M. Brousse. *De l'involution sénile*. Argumenté par MM. Brissaud et Lannois. — M. Chauffard. *Des crises dans les maladies*. Argumenté par MM. Parizot et Gaucher. 2e *séance*. — M. Boinet. *Parentés morbides*. Argumenté par MM. de Beurmann et Lober. — M. Dubreuilh. *Des immunités morbides*. Argumenté par MM. Weill et Lemoine. 3e *séance*. — M. Sarda. *Des migraines*. Argumenté par MM. Simon et Ballet. — M. Chauffard. *Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané*. Argumenté par MM. Barth et Moussous. 4e *séance*. — M. Déjérine. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Argumenté par MM. Letulle et Grenier. — M. Brissaud. *Paralysies toxiques*. Argumenté par MM. Launois et Chauffard. 5e *séance*. — M. Parizot. *Pathogénie des atrophies musculaires*. Argumenté par MM. Gaucher et Boisset. — M. de Beurmann. *De la médication abortive*. Argumenté par MM. Lober et Dubreuilh. 6e *séance*. — M. Weill. *Des vertiges*. Argumenté par M. Lemoine et Sarda. — M. Simon. *Des fractures spontanées*. Argumenté par MM. Ballet et Chauffard. 7e *séance*. — M. Barth. *Le sommeil non naturel ; ses diverses formes*. Argumenté par MM. Moussous et Déjérine. — M. Letulle. *Pyrexies abortives*. Argumenté par MM. Grenier et Brousse. 8e *séance*. — M. Lannois. *Nosographie des chorées*. Argumenté par MM. Chauffard et Parizot. — M. Gaucher. *Pathogénie des néphrites*. Argumenté par MM. Boinet et de Beurmann. 9e *séance*. — M. Lober. *Paralysies, contractures et affections douloureuses de cause psychique*. Argumenté par MM. Dubreuilh et Weill. — M. Lemoine. *Antisepsie médicale*. Argumenté par MM. Sarda et Simon. — 10e *séance*. — M. Ballet. *Langage intérieur et diverses formes d'aphasie*. Argumenté par MM. Chuffard et Barth. — M. Moussous. *De la mort chez les phthisiques*. Argumenté par MM. Déjérine et Letulle. 11e *séance*. — M. Grenier. *Localisations dans les maladies nerveuses*. Argumenté par MM. Brousse et Brissaud. — La première séance a eu lieu mardi 1er mars.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Dr Pawlinow est nommé professeur extraordinaire de clinique thérapeutique.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique prévient MM. les médecins du XVe arrondissement qu'il sera procédé à la mairie de cet arrondissement, le 15 mars 1886, à l'élection d'un médecin.

EXPOSITION D'HYGIÈNE. — Cette exposition organisée par la Société de médecine publique aura lieu au mois de mai prochain à la caserne Lobau. Nous reviendrons dans le prochain numéro sur cette exposition.

HÔPITAUX DE PARIS. — M. le Dr Guibout, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, et M. le Dr Vulpian, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris, par arrêté du Ministre de l'Intérieur.

INSPECTION MÉDICALE DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. le Préfet de Police vient de supprimer l'inspection médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine. MM. les Drs Blachez, Ritti, Legras, Garnier, inspecteurs titulaires, ont dû cesser leurs fonctions, ainsi que MM. Marchand (G.) et Briand, inspecteurs-adjoints. M. le Dr Ritti, a été en revanche nommé inspecteur de Bicêtre, Sainte-Anne et Villejuif ; M. le Dr Garnier (P.), inspecteur de Charenton, Ville-Evrard et Vaucluse.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Brongniart (Ch.-J.-Ed.), est nommé préparateur près la chaire de zoologie (arachnides, insectes et crustacés) en remplacement de M. Moleyre, décédé.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, publiées sous la direction de M. le professeur Duplay, MM. les agrégés Charpentier, Guéniot, Polaillon, MM. les Drs Bernutz, Siredey, Porak et Doléris, avec la collaboration d'un grand nombre de médecins accoucheurs français et étrangers. Elles paraissent tous les mois depuis le 25 janvier 1886.

PRIX ASTLEY COOPER. — Le prochain prix triennal de trois cents livres sera attribué à l'auteur du meilleur Essai sur l'origine, l'anatomie, les résultats et le traitement des maladies tuberculeuses des os et des articulations.

Les candidats sont informés que leurs essais doivent être écrits en anglais ou dans leur langue, accompagnés d'une traduction anglaise. Ils devront être remis au Guy's Hospital avant le 1er janvier 1889, et être adressés aux médecins et chirurgiens de Guy's Hospital. Les mémoires devront porter une épigraphe qui se trouvera reproduite dans une enveloppe fermée qui contiendra le nom et l'adresse de l'auteur. Ces essais peuvent être illustrés de dessins et préparations originales qui devront être l'œuvre du candidat et n'être pas empruntés à d'autres auteurs.

Pour les renseignements particuliers et les conditions complètes, les candidats sont priés de s'adresser pour recevoir la notice explicative, à Guy's Hospital, Southwark S.-E, à Londres.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr ROBERTET, ancien médecin des prisons de Paris. — M. le professeur A. C. POST (de New-York); M. le professeur PRETENDERIS-TYPALDOS, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes, premier médecin du roi de Grèce, ancien élève de la Faculté de Paris. Il n'oublia jamais notre pays où il avait étudié quelque temps ; on lui doit plusieurs travaux sur le choléra, la pellagre, la méningite cérébrale, le typhus exanthématique, etc. (*Paris médical*); — M. le Dr LÉVI, professeur de clinique pédiatrique à Florence ; — M. le Dr DECORSE, chirurgien de la maison nationale de Charenton, membre du Conseil général de la Seine, maire de Saint-Maurice ; — M. le Dr de SOTO-MAYOR, chirurgien-major de 1re classe en retraite ; — M. le Dr Henri CANDELLÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris ; — M. le Dr LELIÈVRE, député d'Ille-et-Vilaine. — M. le Dr BILLOD (E.), médecin directeur en chef honoraire de l'asile des aliénés de Vaucluse, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'Honneur, ancien président de la Société médico-psychologique ; il est mort à Château-Gontier (Mayenne), à son retour d'une mission scientifique en Italie. — M. WAP LE MAN, de nationalité annamite, interne en médecine à l'hôpital de Mustapha (Algérie). — M. le Dr GIUSEE MARCANI, professeur de clinique chirurgicale à Sienne (Italie). — M. le Dr ZILLNER, *privat-docent* à Vienne, assistant de médecine légale. — M. le Dr DONON (de Saint-Cyr-sur-Marne, Seine-et-Marne), médaille d'or du choléra en 1854, disciple fervent de l'Ecole positiviste. — M. le Dr COURTY, professeur de clinique honoraire à la Faculté de médecine de Montpellier, mort à 66 ans ; gynécologue distingué dont l'ouvrage le plus important : *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, a été couronné par l'Institut.

TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, DE JURISPRUDENCE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE, par LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges BERRYER, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel POUCHET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un vol. grand in-8 de 1.700 pages avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). Prix : 27 fr.

VACANCE MÉDICALE. — On demande deux médecins pour deux communes importantes du département de Seine-et-Oise. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BUDIN (P.). — Obstétrique et gynécologie. — Recherches cliniques et expérimentales. Un volume in-8 de 722 pages, avec 101 figures dans le texte et 13 planches hors texte. — Prix : 15 fr.

CHARAZAC (J.). — Etude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte). Brochure in-4 de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50

NIEPCE. — Etude clinique sur les eaux sulfureuses d'Allevard, Brochure in-8 de 40 pages. — Vichy, 1885. — Imprimerie A. Wallon.

Station thermale et hivernale de Dax. Brochure in-8 de 19 pages. — Pau. Imprimerie A. Menetière.

MORSELLI (E.). — Sulla dinamografia et sue applicazioni al diagnostico dei disordini motorii nelle malattie nervose. Brochure in-8 de 61 pages, avec une planche hors texte. — Reggio-Emilia, 1885. — Tipografia Calderini e Figlio.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 13 MARS 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur **U. TRÉLAT**.

De la tuberculose.

1re Leçon, recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Je viens tenir aujourd'hui la promesse que je vous ai faite, dans notre dernière réunion, de vous parler de la tuberculose. La question est à l'ordre du jour; elle a suscité, depuis quelques années surtout, de nombreux travaux; elle a donné lieu, tout récemment, au sein de la Société de chirurgie, à une discussion importante et non encore épuisée; elle a fourni, dans le courant des derniers mois qui viennent de s'écouler, le thème d'intéressantes leçons cliniques; elle est devenue, en un mot, une question actuelle au premier chef, et dont la solution, ardemment poursuivie par des adeptes zélés, paraît devoir bouleverser de fond en comble, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, les idées qui avaient cours naguère relativement aux affections tuberculeuses. Il ne peut être dans mon intention, vous le supposez bien, de parcourir ce champ si vaste dans toute son étendue; mais il m'a paru utile et profitable de vous rappeler rapidement l'évolution qu'a subie l'étude de la tuberculose, et de vous en retracer à grands traits les principales phases.

Les accidents pulmonaires que l'on a appris depuis à rattacher à la tuberculose, étaient certes connus autrefois; mais il s'en fallait de beaucoup que cette connaissance reposât sur des idées précises. On savait qu'il existait une maladie de poitrine dans laquelle les poumons devenaient le siège d'ulcérations, de cavités suppurantes, d'abcès à forme particulière, et l'on désignait ceux qui en étaient atteints sous les noms de pulmoniques, d'étisiques, de phthisiques, ou vulgairement de poitrinaires. On observait les symptômes, on constatait les lésions, mais on n'avait pas su dégager de cette observation une conception nette de la nature et de l'origine du mal; on ignorait en outre que d'autres organes que les poumons pussent être envahis par des lésions analogues.

L'histoire de la tuberculose a été inaugurée en France, au commencement de ce siècle, par deux hommes qui ont attaché leur nom à cette grande question, mais dont l'un a laissé une trace bien plus lumineuse que l'autre. Le premier en date est Bayle, qui, en 1810, étudia l'anatomie pathologique de la tuberculose; il est à peine besoin d'ajouter que cette étude se borna aux détails macroscopiques, car l'emploi du microscope était encore, depuis Leuvenhœck, absolument dans sa phase de début. Treize ans plus tard, Laënnec, homme de génie, plus lent dans l'élaboration de son œuvre, publiait la première édition de son immortel ouvrage, lequel, après avoir été reproduit en 1826, a été édité pour la troisième fois, il y a quelques années, par les soins de la Faculté. Cet ouvrage se distingue par des qualités d'observation très larges, par une grande précision, par la prescience de nombre de questions résolues depuis lors. On y trouve çà et là cependant quelques incertitudes inévitables; mais on reste surpris, en le lisant, de la quantité de faits bien observés qu'il renferme. Ainsi Laënnec connaissait la multiplicité des sièges du tubercule, que ses continuateurs ont néanmoins négligée pendant 30 ans. Ainsi Laënnec avait pressenti l'inoculabilité de la tuberculose et la doctrine de la contagion, qui, reprise de nos jours, compte aujourd'hui de nombreux prosélytes : il raconte en effet qu'après s'être piqué en faisant une autopsie de tuberculeux, il a vu son doigt se tuméfier, qu'il s'est cautérisé, et il attribue à cette précaution le mérite de l'avoir préservé de la contagion tuberculeuse. Or Laënnec est mort à 46 ans, et mort tuberculeux, et l'on peut se demander si, en réalité, il n'a pas dû sa tuberculose à l'inoculation qu'il s'était faite, et dont il avait deviné le danger.

Il y a quelque 35 ans, lorsque je prenais mes premières inscriptions, on étudiait en pathologie la tuberculose pulmonaire avec Louis; on connaissait encore le tubercule du testicule et de l'épididyme; on se souvenait aussi des travaux de Nélaton sur le tubercule des os, mais, tandis que les uns en admettaient l'existence, les autres rapportaient à la carie les lésions que Nélaton avait attribuées au tubercule des os. Une idée se fit jour alors, qui influa notablement sur le sort de nos connaissances : les anatomo-pathologistes avancèrent qu'il y avait confusion entre les lésions tuberculeuses, et que la granulation grise seule devait être considérée comme du tubercule. C'était la doctrine de la dualité de la tuberculose, que Virchow et Reinhardt étayèrent de leur grande autorité. D'après cette doctrine, le tubercule, c'était la granulation grise ; les autres lésions considérées comme tuberculeuses, les masses caséeuses, n'étaient pas du tubercule, mais simplement des produits, des résidus d'inflammation. Et c'était à qui trouverait des foyers d'inflammation caséeuse. Ceci se passait vers 1850. On présentait alors à la Société anatomique des orchites chroniques à dépôts jaunes, caséeux, qu'on donnait comme inflammatoires, ou des foyers, caséeux toujours, provenant de divers organes, et que l'on considérait comme des résidus d'inflammation et de suppuration. Ces idées étaient défendues par Velpeau et par un de ses élèves qui devait plus tard, comme lui, conquérir les plus hautes situations, par M. Richet.

Cette campagne de restriction de la tuberculose sévissait encore, et le courant s'accentuait dans le sens de la dualité, lorsqu'un événement considérable se produisit inopinément : je veux parler de l'apparition du livre de Villemin. Cet ouvrage de haute valeur tombait là tout à coup, au beau milieu de la discussion, et, comme une bombe qui éclate, venait bouleverser tout. En effet, le savant professeur du Val-de-Grâce venait dire ceci : « Je rends tuberculeux des animaux auxquels j'inocule ou fais manger des tubercules, et tous les produits tuberculeux me sont bons pour réaliser cette contamination, aussi bien les produits caséeux que les granula-

(1) Leçon du 15 novembre 1883.

tions grises. » Ces assertions entraînèrent la conviction de quelques-uns, plongèrent les autres dans l'incertitude, provoquèrent l'étonnement de tous. Elles devaient cependant recevoir, quelques années plus tard, la haute confirmation d'expériences analogues instituées par Chauveau. Mais, au moment où elles furent lancées dans le public médical, elles constituèrent une véritable révolution.

On n'avait fait jusque-là que des recherches histologiques isolées sur le tubercule; Lebert, puis Mandl, dans les *Archives générales de médecine,* avaient étudié le tubercule au microscope, et cherché à le définir d'une façon précise; Lebert avait même décrit la granulation tuberculeuse, après avoir décrit la cellule cancéreuse, car on croyait, à cette époque, à la spécificité des éléments anatomiques. Mais tout cela n'était pas solide. On en restait toujours à la dualité de la tuberculose. Et qui songeait à une maladie contagieuse, en parlant tuberculose? On était alors bien loin des idées contagionnistes actuelles, et moi-même je me souviens d'avoir fait, en ce temps-là, un certain mémoire de concours, dans lequel je m'ingéniais à démontrer la non-contagiosité du choléra. Je voyais bien des personnes de la même famille, de la même maison, de la même rue, frappées l'une après l'autre; soit! mais c'était l'influence épidémique, c'était tout ce que vous voudrez; quant à de la contagion, jamais!

Avec une semblable disposition des esprits, vous pouvez comprendre l'effet que dut produire le travail de Villemin. Les uns crurent, les autres nièrent; les plus sages examinèrent les observations précises et nombreuses de notre confrère, et de toutes parts on se mit à expérimenter pour les contrôler. Ces nouvelles expériences montrèrent que le cobaye et le lapin devenaient régulièrement, docilement, tuberculeux après avoir été inoculés; que le chat était moins susceptible; que le chien se montrait plus réfractaire encore à la contamination. Et, soit dit en passant, ces différences dans la manière dont les animaux se comportent sous l'inoculation, s'expliquent par des conditions différentes de circulation et de calorification, comme Pasteur l'a si bien démontré dans ses admirables expériences relatives au choléra des poules.

Le livre de Villemin, bien qu'il n'ait pas imprimé à la question un mouvement aussi puissant qu'il méritait de le faire, jeta toutefois un grand trouble dans les idées admises. Comment se pouvait-il faire que l'on vit se développer des granulations grises chez des animaux que l'on avait inoculés avec des produits caséeux? On réfléchit là-dessus, et l'on se dit qu'il était possible que les deux produits ne fussent qu'une seule et même chose à des périodes diverses, et qu'il ne devait pas y avoir dualité. D'ailleurs Villemin disait, lui: « La tuberculose est contagieuse par tous ses produits; elle est donc unique, spécifique, contagieuse, infectieuse, transmissible. » On se contenta de réfléchir un peu à tout cela, puis on laissa passer respectueusement son livre sans en savoir tirer un bénéfice immédiat.

Malgré tout, on commençait à s'apercevoir que le tubercule jaune a une organisation spéciale, bien différente de ce qu'avaient décrit Lebert et Mandl, et l'on étudia mieux les diverses lésions tuberculeuses. D'un autre coté, on commença à reconnaître que la tuberculose est une affection qui ne connaît pas de barrières dans l'économie, et qui peut envahir tous les organes. On recueillit des faits nombreux de tuberculose de l'appareil génital de la femme, et l'on vit que toutes les parties de l'appareil pouvaient être atteintes; on observa des tubercules de la vessie, des uretères, des reins, etc. On constata que, sans aucun doute, certains organes sont plus fréquemment pris que d'autres, mais on ne tarda pas à avoir la conviction que tous sont exposés. La tuberculose ganglionnaire du tube digestif était connue, mais la tuberculose glandulaire ne l'était pas; Cruveilhier la soupçonnait, mais hésitait à l'admettre. Bientôt on la démontre d'une façon indubitable. Enfin, avec l'étude des tubercules de la langue et celle des tubercules du rectum, on complète la connaissance de la tuberculose du tube digestif. J'ai fait, en 1864 ou 65, un mémoire sur la trachéotomie dans les rétrécissements syphilitiques du larynx; eh bien! à cette époque, la phtisie laryngée n'était pas, de science et de notion certaines, une lésion tuberculeuse; on la prenait pour une lésion consécutive, survenue chez un tuberculeux pulmonaire. Maintenant l'existence des tubercules de la muqueuse laryngienne ne fait plus de doute pour personne. De même, la muqueuse linguale peut être primitivement envahie, et j'ai été de ceux qui ont contribué à faire connaître les tubercules de la langue.

En réalité, aucun des tissus de l'économie n'échappe à l'invasion du tubercule, et nous pourrions les énumérer tous successivement, sans en trouver un seul qui soit à l'abri de ses atteintes. La fréquence relative du tubercule dans les divers tissus, la marche et la gravité qu'il affecte suivant son siège, sont autant de questions très importantes à étudier, mais que je dois me borner à signaler ici.

Il n'est pas jusqu'à la peau qui ne soit attaquée par le tubercule, et je vous rappellerai à cet égard les querelles récentes relatives au lupus, dont les uns font une affection de nature tuberculeuse, tandis que d'autres établissent une distinction radicale entre le lupus et les tubercules de la peau, lesquels sont d'ailleurs très rares.

Enfin, à propos des os, nous sommes loin des soupçons de Laënnec et des travaux de Nélaton; non seulement la tuberculose osseuse est démontrée d'une façon indiscutable, mais nous avons appris que des lésions très nombreuses, fongosités, carie, etc., que l'on considérait autrefois comme des maladies distinctes, ne sont autre chose que des manifestations de la tuberculose du système osseux.

Telles sont les notions qui ont été petit à petit conquises relativement à la multiplicité du siège de la tuberculose; au point de vue chirurgical, en particulier, c'est une conquête considérable et féconde en salutaires applications.

OPHTALMOLOGIE

Conférences cliniques d'ophtalmologie;

Par le Dr X. GALEZOWSKI.

Recueillies par le Dr BOUCHER, médecin-major.

LA CATARACTE

La Cataracte. — Sa fréquence. — Anatomie et physiologie du cristallin. — Dans les conférences que j'ai l'intention de vous faire cette année, nous nous occuperons des maladies du cristallin, de leur traitement avec les procédés operatoires qui leur sont applicables. C'est une question dont on se préoccupe beaucoup actuellement, car l'opération de la cataracte subit de nos jours une véritable transformation.

Les maladies du cristallin occupent une place impor-

tante dans la pathologie de l'œil. Si l'on consulte les statistiques publiées, le fait est de suite mis en évidence. Dans le traité de Graefe et Sœmish, par exemple, on trouve les chiffres suivants:

Arlt, sur 8,451 malades, trouve 692 cataractes; Becker, sur 11,827 malades, trouve 694 cataractes. Schies, sur 1,308 malades, 73 cataractes; soit un total de 21,586 malades, 1,369 cataractes, environ 6,3 pour 100.

Dans une autre série, Donders, sur 18,240 malades, a trouvé 1,431 cataractes.

Stephan, sur 32,595 malades a trouvé 1,863 cataractes; Hirschberg, sur 5,428 malades, 256 cataractes; Knapp de Heidelberg, sur 10,488 malades, 959 cataractes; Knapp à New-York, sur 6.379 malades, 351 cataractes; Mooreu, sur 5,783 malades, 261 cataractes; Pagenstecher, sur 14,619 malades, 1,242 cataractes; —soit sur un total de 129,414 malades, 5,930 cataractes, environ 4 pour 100.

Ma statistique partieulière me donne des résultats analogues. Sur 125,000 malades examinés, soit à ma clinique, soit dans mon eabinet, j'ai trouvé 4,776 cataractes, soit 3,8 0/0. Cette statistique me semble donner la proportion vraie, car j'ai relevé non seulement les cataractes complètes, mais aussi eelles qui n'étaient que commençantes.

J'ai aussi examiné la fréquence de la cataracte :

1° *D'après le sexe.* — Sur le total des cataractés que j'ai vus, il y avait 2,357 hommes pour 2, 419 femmes, ou à peu près égalité. Ce résultat contredit celui de Desmarres qui avait admis que les hommes étaient plus souvent atteints que les femmes.

2° *D'après l'âge.* — Le maximum 1,538 cataractes, se trouve entre 60 et 70 ans; puis nous trouvons entre 50 et 60 ans, 957, et entre 70 et 80, 734. On peut donc conclure que, le plus souvent, la cataracte se montre entre 40 et 70 ans.

Les altérations du cristallin sont donc très importantes; elles présentent un intérêt d'autant plus grand que les troubles qu'elles entraînent sont guérissables.

Il faut apprendre à connaître chaque variété dans son évolution et savoir la reconnaître. Le diagnostic se lie, en effet, étroitement au pronostic, car c'est de lui qu'on tirera les indications opératoires pour le choix de la méthode et du procédé à employer. Si, en effet, on veut appliquer à la cataracte un procédé opératoire toujours le même, on s'exposera à des erreurs et même à des accidents. Pour en citer un exemple, si chez un enfant de 5 à 10 ans, on pratique l'extraction ordinaire, on court le risque, en raison de l'indocilité du malade de le voir se donner un coup, déplacer la bande compressive, produire un enclavement de l'iris, d'où résultera une irritation qui pourra aboutir à la suppuration. En procédant ainsi le chirurgien s'exposerait à compromettre l'œil opéré qu'il aurait sauvé en recourant à un procédé mieux adapté. C'est d'après le diagnostic de la nature et de la consistance de la cataracte qu'on règle l'étendue de la plaie à faire. Les grandes plaies sont d'une coaptation plus difficile que les plaies étroites; c'était même là un des reproches adressés à l'ancienne méthode française de Daviel. Pourquoi faire une large incision dans le cas où on peut faire sortir le cristallin par une petite qui se cicatrisera plus facilement. Nous reviendrons plus longuement sur ce sujet, lorsque nous traiterons du manuel opératoire.

Pour bien la comprendre, il faut ehercher à se faire une idée complète de ce qu'on appelle la cataracte, et pour cela, il est nécessaire de posséder toute la pathologie de l'œil. C'est elle qui nous donne les éléments les plus précieux pour en saisir la formation.

Les travaux modernes ont mis en lumière les qualités remarquables du cristallin comme appareil d'optique. Rien de ce que construit l'industrie n'en approche. Il réunit, en effet, des qualités qui font de lui un appareil parfait de réfraction pourvu d'un fonctionnement physiologique qui manque à nos instruments. Quand, dans une lunette d'approche, on veut changer la distance à laquelle on regarde, on est obligé de tirer les tubes pour modifier les distances focales, soit d'ajouter des lentilles pour changer la réfraction.

Nous arrivons au même résultat à l'aide d'un seul appareil, le cristallin, qui est également apte à la vision rapprochée et éloignée, grâce à la faculté d'accommodation dont il est doué. Le cristallin, en effet, est formé d'une substance élastique qui lui permet de varier de courbure et d'épaisseur, de s'adapter à la distance, de façon à toujours ramener l'image extérieure sur la rétine.

Les éléments des appareils optiques sont sujets à des aberrations de sphéricité et à des aberrations ehromatiques. Si, par exemple, on prend une lentille biconvexe en verre se rapprochant comme forme du eristallin, on constate que les rayons parallèles marginaux ne forment pas leur foyer exactement au foyer principal de la lentille, mais plus près. Il se forme ainsi une série de petits foyers très rapprochés qui se confondent bien à peu près dans la vision, mais au détriment de la netteté de l'image. C'est l'aberration de sphéricité. On peut la démontrer en interceptant successivement, à l'aide d'un écran, les rayons eentraux et ceux plus rapprochés de la périphérie.

Si l'écran arrête les rayons centraux, le foyer se forme en un point A; si l'écran est percé en forme d'anneau, de façon à laisser passer les rayons voisins de l'œil, ceux-ci se croisent en B, qui est le foyer principal de la lentille. Il en est de même pour les rayons colorés rouges, bleus, qui forment une image entourée de cercles chromatiques. Les rayons colorés qui, par leur réunion, forment la lumière blanche sont inégalement réfrangibles. Il en résulte que chaque rayon a son foyer en un point différent sur l'axe principal de la lentille. Le rayon rouge coupera l'axe en un point plus éloigné que le rayon violet. Cette aberration chromatique sera d'autant plus sensible que l'on considérera des rayons plus éloignés de l'axe principal ou que l'on emploiera une lentille plus réfringente.

Euler est parvenu à remédier à eet inconvénient en construisant des lentilles formées de deux lentilles secondaires, l'une biconvexe en crown, l'autre biconvexe en flint dont le pouvoir dispersif est en sens inverse et qui, par leur combinaison, donnent une image nette et corrigent l'aberration chromatique.

La nature, dans le cristallin, a écarté l'aberration de sphéricité et l'aberration chromatique, en formant le cristallin de couches dont la densité va en augmentant de la périphérie au centre. Nous ne partageons pas l'opinion des auteurs qui veulent que le cristallin ne soit pas achromatique. Pour nous, les distances différentes auxquelles nous voyons les images rouges et violettes dépendent de l'intensité de la lumière et de la façon dont elle impressionne la rétine. Du reste, dans les conditions normales, les objets nous apparaissent nets et sans irisation. De plus, nous avons devant le cristallin, la pupille qui fait office de diaphragme destiné à ne laisser entrer que les rayons centraux et à écarter

les rayons périphériques où l'aberration sphérique deviendrait sensible.

Cependant, il existe dans tout œil une aberration qui est due à un astigmatisme irrégulier qui se rencontre à peu près chez tout le monde. Pendant la période de développement, le jeu des muscles et l'accommodation produisent sur le globe oculaire une pression permanente qui le déforme plus ou moins. Il vient un moment où la transformation est définitive. La cornée est alors plus ou moins aplatie et le cristallin également. Cet astigmatisme est très faible et peut être appelé physiologique. Il produit une petite déformation dans l'image des lignes verticales et horizontales; si plus tard il devient plus fort, on le corrige à l'aide d'un verre cylindrique.

Le cristallin jouit de la propriété de changer de forme selon qu'il a à voir de loin ou de près. Pour que la vision soit distincte, les rayons faisant une image dans l'œil doivent avoir leur foyer sur la rétine. Dans un œil emmétrope, les rayons parallèles font naturellement leur foyer à la rétine. Mais si ces rayons sont divergents, comme ceux venant d'un objet rapproché, leur foyer s'éloigne et le cristallin pour le ramener en avant sur la rétine, est obligé d'augmenter de courbure, de devenir plus réfringent, comme si l'on ajoutait une nouvelle lentille devant le cristallin. C'est Descartes qui a découvert le premier cette loi, et dans un remarquable travail, il a expliqué comment le cristallin devait changer de forme pour permettre la vision à toutes les distances. Ce n'est que deux cents ans plus tard, que Crammer et Helmholtz ont rétabli cette loi par des observations ophthalmométriques; plus tard Brücke, Rouget et Bowmann firent connaître l'agent qui les produisait; cet agent était le *muscle accommodateur*.

Ce jeu physiologique du cristallin est rendu possible par sa structure et par l'existence de couches de fibres superposées qui se laissent modifier. Mais cette couche ainsi exposée à des pressions continuelles et à des mouvements de tout instant doit, comme tout organe dont le jeu est très actif, s'user. C'est en effet ce qui arrive. Le travail continu, les grands efforts d'accommodation ont pour résultat de fatiguer ces fibres qui se désunissent, se cassent, s'infiltrent légèrement et plus tard deviennent opaques. Ce trouble finit par conduire à la cataracte. La loi admirable de l'accommodation est donc dangereuse, car elle a pour corollaire la détérioration de l'organe. Bien constitué, le cristallin résiste longtemps; mais il y a limite à tout. L'usure sera hâtée, s'il y a vice dans la nutrition générale.

L'embryologie jette un grand jour sur la pathologie cristallinienne. La théorie du développement des organes de la vision émise par Arnold, et que nous adoptons, nous donne l'explication de bien des phénomènes. Les premiers rudiments de l'œil apparaissent sous forme d'une vésicule oculaire partant de la cellule cérébrale antérieure. Cette vésicule se transforme et se creuse pour donner lieu à la formation de la rétine avec le nerf optique et la couche épithéliale de la choroïde. Plus tard, du segment supérieur part un bourgeon épithélial qui refoule la vésicule cérébrale profonde en formant un pédicule qui s'étrangle à sa base pour constituer une masse globuleuse qui restera longtemps en contact avec la cornée. Puis la paroi se sépare en deux feuillets qui figurent un sac incarcérant la couche épithéliale interne. Si l'on suit le développement, on voit que la couche épithéliale du segment antérieur ne change pas et forme un épithélium pavimenteux. Mais l'épithélium de la couche postérieure se transforme, s'allonge d'arrière en avant en remplissant la cavité. A mesure que le cristallin se développe, les cellules s'allongent en fibres, se recourbent et longent la circonférence du sac capsulaire. Tout l'épithélium de la partie postérieure est employé à produire le cristallin en entier. Cet épithélium est donc le cristallin en germe. L'antérieur, au contraire, n'a pas bougé. Il persiste comme élément de nutrition de l'organe à la surface interne de la cristalloïde.

Le cristallin se nourrit par cet épithélium à travers la capsule qui régularise les phénomènes d'endosmose et d'exosmose. C'est par lui que se font les échanges avec l'humeur aqueuse. Il est nécessaire, pour que le cristallin reste sain, que la capsule soit intacte. Si la cristalloïde est lésée, l'endosmose et l'exosmose ne se font plus régulièrement et il se produit un trouble. Si, par exemple, cette capsule est blessée, l'osmose change et les opacités se montrent aussitôt.

La transparence de la capsule antérieure et la persistance des éléments nutritifs, ainsi qu'une humeur aqueuse saine, se reproduisant constamment, sont les conditions indispensables au maintien intégral du cristallin. L'humeur aqueuse est sécrétée par le corps ciliaire qui est, en réalité, par voie indirecte, l'organe de la nutrition du cristallin. Il en résulte que le cercle ciliaire doit être sain pour fournir une humeur aqueuse en quantité et en qualité normale, et que toute altération persistante du cercle ciliaire amènera la cataracte. Toute altération de l'humeur aqueuse influera également sur le cristallin par modification de l'osmose.

Dans ses belles expériences, Giraldès a démontré qu'en injectant une solution sucrée dans la chambre antérieure, on produisait la cataracte. Il changeait ainsi artificiellement les lois de l'osmose. M. Maurice Perrin, dans 4 cas de cataractes diabétiques, a trouvé dans le liquide de l'humeur aqueuse du sucre. Moi-même j'ai fait la même observation et j'ai pu démontrer la présence du sucre dans le cristallin cataracté. Le sucre avait traversé la cristalloïde et changé la nutrition du cristallin.

Dans tout organisme mal nourri, l'humeur aqueuse se vicie et il se produit une cataracte. La glycosurie, la goutte, en introduisant du sucre ou de l'acide urique dans l'humeur aqueuse, donnent naissance à la cataracte. On peut estimer aux 9/10 le nombre des cataractes, qui sont goutteuses.

Lorsque le cercle ciliaire a une nutrition altérée, l'humeur aqueuse se modifie, entrainant les mêmes conséquences. Les choroïdites nous en fournissent un exemple. Dans le glaucome, ce n'est pas la pression exagérée, mais la difficulté de la sécrétion qui est cause de la cataracte. Cette maladie peut être considérée comme une choroïdite séreuse qui altère à la fois les fonctions de la choroïde, du tractus uvéal et du corps ciliaire. Dans le décollement de la rétine, qui n'est pour moi que le résultat d'une choroïdite produisant un épanchement sous-rétinien, la nutrition du corps ciliaire souffre et il se produit une cataracte. Il en est de même dans la choroïdite spécifique et pigmentaire.

Donc, quand on veut bien connaître la nature d'une cataracte, on doit considérer l'âge, la constitution, les diathèses, en un mot, l'état général et l'état du cercle ciliaire. On en tirera des indications précieuses pour le traitement et le pronostic.

Nous avons vu plus haut que l'appareil cristallinien se compose de deux portions, la lentille et sa capsule. Après la naissance, l'épithélium pavimenteux persiste à la partie antérieure seule. On distingue dans le cristallin

un noyau et des couches corticales qui s'emboîtent comme les feuillets d'un oignon. Existe-t-il un noyau? Chez le fœtus et chez l'enfant en bas âge on n'en trouve pas: le tissu est partout le même. Mais avec les progrès de l'âge, les couches corticales se densifient de plus en plus à partir du centre. La structure du cristallin devient alors plus facile à étudier. On constate qu'il est formé de fibres présentant sur leur coupe une forme prismatique hexagonale. Ces fibres partent du pôle antérieur et se subdivisent en trois branches, se rendent à la périphérie où elles se recourbent pour se continuer à la région postérieure. Celles du centre, très adhérentes et très compactes forment le noyau, se rattachent les unes aux autres par des bords dentelés; chaque fibre est serrée contre la voisine. On admettait autrefois qu'entre elles se trouvait un liquide gluant qui les collait. Robinski a démontré que c'était une erreur. Le liquide que l'on trouve dans le cristallin des cadavres et que l'on appelle liquide de Morgagni, du nom de l'anatomiste qui a le premier appelé l'attention sur son existence, provient de la liquéfaction *post mortem* des couches superficielles les plus molles et peut-être aussi de la transsudation de l'humeur aqueuse.

La disposition des fibres cristalliniennes nous explique pourquoi les opacités de la substance propre dessinent des figures géométriques correspondantes aux éléments anatomiques. La capsule reste transparente dans la majorité des cas. Mais Malgaigne avait exagéré, quand il niait d'une façon absolue l'opacité de la capsule. Elle peut devenir opaque par blessure, par dépôts exsudatifs, soit congénitaux, soit acquis et forme alors les cataractes capsulaires par opposition aux lenticulaires.

(*A suivre.*)

ZOOLOGIE MÉDICALE

Recherches histologiques et expérimentales sur le tænia solium fenêtré (1)

Par **Maurice NOTTA** et **MARFAN**, internes des hôpitaux.

La Société n'a pas perdu le souvenir de la présentation faite par mon regretté collègue Maurice Notta à propos d'un tænia solium fenêtré.

Je ne reviens pas sur les caractères visibles à l'œil nu : ils ont parfaitement été décrits par Notta. Dans la discussion qui suivit la présentation de Notta, M. le professeur Cornil dit qu'il lui semblait impossible de déterminer, par un simple examen à l'œil nu, la nature de cet état fenêtré. L'examen microscopique lui parut pouvoir seul apporter la lumière sur ce sujet délicat. M. Notta me confia le soin de cet examen microscopique : je viens aujourd'hui en exposer le résultat : j'y joindrai la relation d'une expérience dont l'idée m'a été suggérée par le professeur Georges Pouchet.

I. *Description histologique.* J'ai d'abord examiné des anneaux présentant sur une de leurs faces une perte de substance, mais n'étant pas encore complètement perforés. En second lieu, j'ai examiné des anneaux complètement perforés, fenêtrés.

A). Le procédé que j'ai mis en usage avec le plus de fruit pour examiner des anneaux simplement érodés, a consisté à faire des coupes transversales de ces anneaux après durcissement dans l'alcool absolu, puis à les colorer au picro-carmin et à les monter dans la glycérine. Sur ces préparations on constate les caractères suivants : Au niveau de l'ulcération, on voit la cuticule disparaître brusquement, ainsi que la couche cellulaire sous-cuticulaire : le fond de la perte de substance est constitué par les fibres musculaires longitudinales coupées dans des sens très divers. Ce qu'il importe de remarquer, ce qui paraît être le caractère saillant de cette perte de substance, c'est qu'il n'existe à ce niveau *aucune altération pathologique des éléments*: il n'y a pas de dégénérescence granuleuse, de dégénérescence graisseuse : les éléments ont leurs contours normaux et se colorent très bien par les réactifs : le mot d'ulcération est donc très impropre pour qualifier cette perte de substance qui paraît être simple, et semblable à ce que produirait une action mécanique, un traumatisme. C'est là un point capital qui nous servira tout à l'heure lorsque nous chercherons à éclaircir la nature de l'altération que présente notre tænia. Les coupes nous apprennent encore autre chose : c'est que les anneaux qui présentent une perte de substance ventrale ne sont nullement au point de vue génital dans une phase active.

Les ovules qu'on y aperçoit sont petits, peu nombreux et j'attire l'attention sur ce fait qu'on ne constate pas leur présence au niveau de l'érosion. Incidemment je signale la présence de grains ronds, très gros, à couches concentriques, qui sont très abondants. Ce sont des grains calcaires, d'après Kuechenmeister qui les a bien décrits dans sa récente monographie des tænias.

B). L'examen d'un anneau fenêtré a été fait par le procédé suivant : L'anneau entier est plongé dans un bain de carmin : puis on le lave à l'eau distillée ; on le déshydrate par l'alcool absolu ; ensuite cet anneau est soumis à une légère compression entre deux lames de verre : puis on le traite par l'essence de girofle et on le monte dans le baume de Canada. Sur des anneaux fenêtrés ainsi préparés, nous avons constaté que la fenêtre était entourée par un cadre de substance qui répondait étroitement aux canaux excréteurs ou aquifères à moitié engaînés par la cuticule et la couche cellulaire sous-cuticulaire ; ces derniers s'arrêtent brusquement au niveau de la perforation dont les bords sont si nets qu'on dirait qu'elle a été faite à l'emporte-pièce : d'ailleurs, au niveau de ces bords on ne constate sur les éléments anatomiques aucune trace d'altération morbide : ici encore, pas de dégénérescence granuleuse ou graisseuse, les éléments ont leurs contours normaux et sont parfaitement colorés. Au centre tout l'appareil génital a disparu : il n'en reste aucune trace : en un mot la zone quadrilatère qui entoure la perforation est exclusivement constituée par les canaux excréteurs à demi-engaînés dans leur portion périphérique par la cuticule et la couche cellulaire sous-cuticulaire.

II. *Des opinions émises sur le tænia solium fenêtré.* Le tænia solium fenêtré ne paraît pas être très fréquent : aussi la littérature médicale est-elle pauvre à cet égard. Voici ce que nous avons pu recueillir à cet égard.

En 1780, un médecin qui exerçait à Toulouse, Masars de Cazéles, observa un tænia solium fenêtré : cette observation fit l'objet d'un manuscrit accompagné de planches et intitulé : Mémoire et réflexions sur le tænia ou ver plat, improprement ver solitaire, et particulièrement sur le tænia *percé à jour* ». Ce manuscrit fut exhumé par le Dr Guitard en 1863, à l'occasion d'une communication de M. Collin à la Société médicale des hôpitaux, communication dont on trouvera l'analyse plus loin : M. Guitard présenta à cet égard une note à la Société de Médecine de Toulouse et joignit à cette note la reproduction d'une des planches du manuscrit de Masars de Cazéles. Masars de Cazéles considérait son ver comme une espèce particulière de tænia : mais on lui objecta que les perforations étaient l'effet de la vieillesse, de l'usure des anneaux, de la décrépitude de l'Helminthe.

En 1862, M. Collin (1), professeur à l'école du Val-de-Grâce, montra à la Société médicale des Hôpitaux un tænia

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 22 janvier 1886.

(1) Voy. sur le même tænia L. Collin : 1° *Bull. de la soc. méd. des hôpitaux*, 10 septembre 1862 ; 2° *Gaz. hebdom.* 1862 ; 3° Études cliniques de médecine militaire, J.-B. Baillière 1864 ; 4° *Bull. de la Société méd. des hôp.*, 24 décembre 1864.

fenêtré qu'il déclara plus tard entièrement semblable à celui de Masars de Cazèles ; nous pouvons ajouter que le tænia fenêtré de M. Collin est parfaitement semblable à celui de Maurice Notta qui est l'objet de cette étude. En 1875, revenant sur sa première communication, M. Collin émit une opinion sur la nature du tænia fenêtré : il rappela d'abord la théorie qu'on avait donnée de l'état fenêtré du bothriocéphale, chez lequel cet état serait beaucoup plus fréquent. (Voyez Davaine, Traité des entozoaires). Chez le bothriocéphale, l'oviducte s'ouvre à la face ventrale : on a admis que dans certaines conditions, la ponte devenant excessive, l'oviducte se dilate d'abord, se rompt ensuite : il y a là comme une explosion ovulaire qui déchire et détruit la substance du ver. Peut-on adapter la même explication au tænia solium fenêtré ? Telle est la question que se pose M. Collin : On doit d'abord remarquer, nous répond alors cet auteur, que les perforations du tænia solium et du bothriocéphale sont bien différentes : chez le bothriocéphale, la perforation tend à s'étendre en longueur suivant l'axe du ver, confondant ainsi plusieurs anneaux en une fente unique : il n'en est nullement ainsi dans le tænia solium fenêtré, et c'est pour ces motifs que Maurice Notta proposait de réserver l'épithète de fenêtré pour le bothriocéphale et créait celle de *scalariforme* pour le tænia solium à anneaux perforés. En outre les pores génitaux du bothriocéphale sont sur la face ventrale, et ceux du tænia solium sur les côtés : ce fait exclut pour ce dernier la théorie de la destruction par ponte excessive. Néanmoins M. Collin croit qu'il existe un lien intime entre la maturité et la perforation des anneaux : mais il ne se prononce pas sur la nature de ce lien.

Tel était l'état de la question lorsque M. Notta présenta son tænia à la Société anatomique ; il repoussa complètement la théorie de la ponte en montrant que des anneaux très rapprochés de la tête étaient perforés et qu'on en trouvait vers l'extrémité inférieure qui n'étaient pas altérés. Dans la discussion qui suivit, M. Cornil se demanda s'il n'y avait pas là une maladie microbienne du ver, s'appuyant sur les nombreux schyzophytes qui vivent normalement ou pathologiquement dans l'intestin.

III. *Nature de l'altération qui caractérise le tænia solium fenêtré.*

En résumé, on voit que les opinions émises sur le tænia solium fenêtré sont les suivantes :

A) Le tænia solium fenêtré est une espèce particulière (Masars de Cazèles).

B) Les anneaux perforés sont des anneaux usés, séniles décrépits, en voie de destruction. (Adversaires de Masars).

C) Les anneaux perforés sont des anneaux qui ont eu une ponte excessive.

D) Les anneaux perforés sont des anneaux rongés par un microbe intestinal.

Il est facile de réfuter chacune de ces opinions.

a) Le tænia solium fenêtré n'est pas une espèce particulière : la description de Masars de Cazèles, celle de Collin, celle de Notta, les résultats de nos examens microscopiques le prouvent surabondamment.

b) Les anneaux perforés du tænia solium ne sont pas des anneaux usés, séniles. Car l'altération frappe les anneaux voisins de la tête et peut épargner les anneaux terminaux qui ont sans contredit l'évolution la plus avancée.

c) La théorie de la ponte applicable au bothriocéphale n'est pas applicable au tænia solium fenêtré : nous avons déjà dit avec M. Collin que la perforation du bothriocéphale n'était pas la même que celle du tænia solium : nous avons signalé aussi comme s'opposant à cette théorie, la situation latérale des pores génitaux chez le tænia solium. Mais un argument nouveau peut se tirer de l'examen microscopique relaté plus haut : on a vu que sur les anneaux altérés les ovules étaient peu développés, peu nombreux et cette constatation écarte entièrement la théorie de la ponte.

d) L'altération du tænia fenêtré n'est pas microbienne. Si on admet en effet que la perte de substance superficielle et la perforation totale sont dues à un travail pathologique dont la cause supérieure est un microbe, comment expliquer les caractères microscopiques de la perte de substance ? Aucun élément n'est altéré à ce niveau ; c'est là un point sur lequel nous avons suffisamment insisté ; or si les éléments anatomiques de l'anneau du tænia avaient été attaqués par un microorganisme, nous aurions, sans nul doute, trouvé la trace de la réaction ou de la mort de ces éléments ; en décrivant la structure de l'érosion, nous avons vu qu'on n'observait rien de tout cela. A cette preuve, nous en ajouterons une autre : Nous avons à plusieurs reprises cherché directement les microbes sur des coupes à l'aide du procédé de Gram ; or, sur quelques rares coupes, la surface de la perte de substance montrait bien quelque microcoques très peu nombreux, mais jamais on ne trouvait de microorganismes dans la substance même de l'anneau. La présence de microbes dans l'intestin de l'homme étant un fait normal et constant, il n'y a rien d'étonnant à ce que nous en ayons constaté quelques-uns à la surface de la perte de substance. Selon nous, on ne peut attribuer aucune importance à cette constation.

Quelle est donc la nature de la singulière altération que présentaient les tænias soliums observés par Masars de Cazèles, par L. Collin, par Notta ? Nous serions tout disposés à nous rattacher à l'opinion de M. le professeur Pouchet. Dans une communication orale, M. Pouchet nous développe à peu près l'hypothèse suivante :

L'examen histologique donne un résultat majeur : il fait constater que l'anneau érodé ou perforé n'est le siège d'aucun travail morbide : il faut donc admettre un mode spécial de destruction : la *digestion de l'anneau par le suc intestinal* réalisera très bien le mode spécial. Mais si on veut bien admettre avec nous que l'action digestive a une influence considérable dans la génèse de l'état fenêtré, il s'en faut que le problème soit complètement élucidé : deux points restent encore à éclaircir.

Au cours ordinaire des choses, la cuticule protège l'anneau contre l'action digestive : pour que cette dernière puisse s'exercer, il faut que la cuticule présente déjà une solution de continuité : l'action digestive ne peut s'exercer sans cela. Quelle est la cause de cette solution de continuité de la cuticule ? Ici, on ne peut se livrer qu'à des hypothèses, mais parmi celles qui semblent les plus soutenables, je crois qu'on peut mettre la suivante au premier rang. Ordinairement la tête du tænia adhère à la paroi intestinale. Quand un anthelmintique réussit, c'est-à-dire quand le patient expulse la tête, c'est que le tænia a été surpris avec sa tête non adhérente à la paroi. Pour le tænia inerme, il semble même prouvé que la tête qui a quitté la paroi peut aller se fixer sur un anneau : comme le solium est armé, quand il se fixe sur un anneau, rien de plus aisé à comprendre et à admettre qu'il pratique une légère érosion à la cuticule. Or cette érosion est suffisante pour permettre la destruction par digestion d'une partie de l'anneau. Le second point à éclaircir est le suivant : Pourquoi, dira-t-on, le travail de digestion s'arrête-t-il sur la périphérie de l'anneau et n'arrive-t-il pas à le détruire complètement ? Pourquoi laisse-t-il à l'entour de l'anneau un cadre de substance ? D'abord il n'est pas prouvé que le travail de digestion ne puisse détruire complètement un anneau et si on veut y réfléchir un instant, comme tous les tænias fenêtrés connus ont été rendus par fragments, il serait impossible à qui que ce soit de soutenir que certains anneaux n'ont pas été complètement digérés. Mais, en outre, ainsi que M. le professeur Georges Pouchet nous en a fait la juste remarque, le cadre de substance qui entoure la perforation répond aux canaux excréteurs ou aquifères. Il est possible qu'il y ait autour d'eux une activité nutritive plus grande qui permet aux éléments anatomiques de lutter victorieusement contre l'action destructive du suc digestif.

Pour donner un fondement à tout ce qui précède, M. le professeur Georges Pouchet nous a conseillé de faire une expérience dont il nous a tracé le plan. Nous avons sacrifié un chien des rues, maigre et efflanqué et nous avons trouvé dans son intestin une série de tænia serrata. Mis

dans l'eau tiède, ces vers vivaient parfaitement ainsi que l'attestaient leurs mouvements. Nous avons pris alors un dogue de moyenne taille, nous lui avons incisé l'abdomen sur la ligne médiane, nous avons attiré une anse de l'intestin grêle ; nous avons ouvert cette anse et nous y avons placé un tænia serrata dont nous avions perforé les anneaux avec une aiguille à dissocier. Puis nous avons refermé le tout à l'aide de sutures. Cette expérience a été faite le lundi soir 11 janvier 1885 ; le jeudi d'après, le dogue qui avait fort bien supporté l'opération n'avait pas expulsé dans ses fèces de tænia serrata. Nous l'avons sacrifié et voici ce que nous avons observé : La plaie intestinale était réunie ; ouvrant l'intestin à ce niveau et recherchant le tænia serrata, nous ne l'avons pas trouvé ; nous avons ouvert le tube digestif sur toute la longueur et nous n'avons trouvé nulle part de tænia serrata. Tous les détritus blanchâtres que nous avons aperçus ont été examinés au microscope ; nous n'avons pas trouvé la trace de l'organisation du tænia. Il restait acquis que le tænia serrata dont les anneaux avaient été perforés avait été complètement digérés.

Certes l'expérience eût été plus probante si nous avions trouvé le tænia serrata fenêtré comme notre tænia solium ; mais c'est peut-être ici le cas de remarquer qu'il y a une part de vérité dans cette affirmation dont certains médecins poussent les conséquences trop loin : « On ne peut conclure d'une espèce animale à l'autre. » Le tænia serrata, beaucoup plus petit, moins vivace, moins résistant que le tænia solium, était peut-être mal choisi pour cette expérience, mais nous n'avons pu expérimenter que sur des chiens, il nous était difficile de choisir un autre ver comme sujet d'observation. Tel qu'il est cependant le résultat mérite d'être consigné, parce qu'il prouve qu'un ver peut être facilement, dans certaines conditions, détruit par digestion.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le grand hôpital municipal de Berlin (1).

Nous avons précédemment décrit les pavillons des malades, l'ampithéâtre d'opération ; nous avons encore à mentionner les bâtiments ci-dessous :

Amphithéâtre d'autopsies (*fig.* 23). — Ici encore, l'utilisation de ce petit édifice est digne de remarque. La nécropsie de tous les cadavres est faite et les travaux d'anatomie pathologique et de bactériologie sont dirigés par le prosecteur Karl Friedländer. Le bâtiment situé à une assez grande distance des services de médecine et de chirurgie, a la forme d'un quadrilatère allongé. Un corridor étroit qui s'élargit à droite et à gauche constitue l'entrée. A gauche, une porte donne accès dans deux pièces bien éclairées munies de tous les instruments nécessaires aux études d'histologie pathologique et de bactériologie. La salle d'autopsie est petite, elle ne comprend qu'une seule table en ardoise munie d'un orifice central pour l'écoulement des liquides. Sur les parois, des armoires qui gardent les instruments tenus avec une grande propreté. A côté de cette pièce, une seconde où sont alignés les cadavres. Un point à remarquer qui constituerait chez nous une réforme souhaitable, c'est que les parents ne viennent jamais dans l'amphithéâtre faire la reconnaissance des morts. Nul n'ignore quel caractère pénible et presque repoussant cette cérémonie emprunte dans les hopitaux de Paris au local même où elle se passe. C'est peut-être la cause principale qui fait redouter le séjour et les soins de l'hôpital à quelques gens. A l'hôpital municipal de Berlin, personne ne peut mettre opposition à une autopsie (1), mais celle-ci une fois faite, le cadavre convenablement vêtu est transporté dans l'église où les parents viennent le reconnaître.

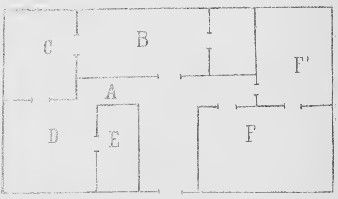


Fig. 23. — Amphithéâtre d'autopsie : *A*, Corridor central. — *B*, Salle des morts. — *C*, Salle d'autopsie. — *D*, Laboratoire d'Anatomie pathologique. — *E*, Laboratoire de bactériologie. — *F.F'*, Logement du garçon.

Temple (*fig.* 20, E). — A quelque distance de l'amphithéâtre se trouve le temple, vaste pièce carrée avec des dalles de marbre. Lorsqu'un malade meurt, les parents sont prévenus par dépêche. Ils doivent, avant que 24 heures se soient écoulées, prévenir l'administration s'ils laissent l'enterrement à sa charge ou s'ils veulent en acquitter les frais et diriger la cérémonie. Dans ce dernier cas, le cadavre très convenablement vêtu, le visage et les mains découverts, est exposé dans l'enceinte du temple. Les parents viennent le visiter et l'enterrement se fait séance tenante.

Bains (*fig.* 20, B). — Le pavillon réservé aux bains est situé au fond de la grande cour et fait face à la porte principale de l'établissement. Un corridor central aboutit à deux vastes pièces, étuves sèches dont la température marque 45° et 55°.

A droite et à gauche, des salles sont réservées aux bains russes, aux douches de vapeur, aux douches froides de toute espèce et aux baignoires. Les salles de ce pavillon sont petites, mal aérées et assez mal tenues. Les baignoires spéciales pour les bains médicinaux se trouvent à côté des autres. Enfin, le même établissement, à des heures différentes, doit servir aux hommes et aux femmes.

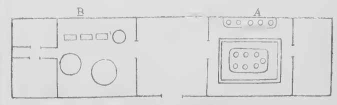


Fig. 24. — Lingerie et cuisine : *A*, Cuisine. *B*, Lingerie.

La *cuisine* et la *lingerie* (*fig.* 24), occupent le même bâtiment et sont séparées l'une de l'autre par un large corridor. La préparation des aliments est faite dans des marmites chauffées par la vapeur d'eau. Le parquet est

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 10, 1886.

(1) Nous ne saurions trop signaler ce point à l'attention de nos lecteurs ; que n'en est-il ainsi dans les hopitaux de Paris? (*Note de la Réd.*)

en mosaïque moderne; le centre et le pourtour sont plus élevés que la partie moyenne dans laquelle est ménagée une rigole profonde. Cette disposition assure un nettoyage très facile du parquet.

La lingerie occupe l'aile gauche. C'est d'abord une vaste pièce où se fait le blanchissage; 8 cylindres de fer percés de trous sont placés dans de plus grands cylindres de bois. Les premiers, à demi remplis de linge sale et d'eau chaude tournent constamment autour de leur axe, 3 fois à droite et trois fois à gauche, pendant que les cylindres de bois exécutent un mouvement en sens inverse. Sorti de là, le linge est transporté dans un grand bassin où se meut une roue tournante au milieu d'eau additionnée de lessive, puis, dans un second bassin rempli d'eau pure et il est enfin séché dans une essoreuse. Dans une chambre voisine se fait le repassage à l'aide d'une machine. Quelques portions du linge fin sont cependant apprêtées au fer ordinaire.

Au-devant de la cuisine on voit un grand nombre de voitures à bras, sortes de petites caisses supportées par 4 roues et divisées en 2 étages pour transporter les aliments dans les pavillons. Quatre repas quotidiens, à moins de régime spécial, sont accordés aux malades. A 7 heures du matin du café et du pain, souvent du lait. A 10 heures des œufs, du jambon, du beurre et de la bière. A 2 heures, un véritable dîner et à 8 heures un petit souper. Au service de la cuisine 15 personnes sont employées. Pour la lingerie, le chiffre des serviteurs femmes s'élève seulement à 13 y compris une servante directrice; elles suffisent pour le blanchissage et l'entretien d'une grande quantité de linge nécessaire à l'usage d'environ huit cents individus.

Revenons maintenant sur quelques points particuliers que nous désirons mettre en relief dans notre étude. Cet hôpital, qui mesure 10 hectares de superficie, qui offre d'excellentes conditions hygiéniques et qui donne l'abri et le secours à 700 malades, a coûté moins de 9 millions de francs, soit environ douze cents francs par lit de malade, c'est-à-dire soixante fois moins qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il est juste de rappeler que le *Städtiches Krankenhaus* n'est pas un hôpital d'enseignement et, qu'à ce titre, on n'a pas eu à se préoccuper des locaux et des amphithéâtres de cours. Le service médical se compose d'un médecin, d'un chirurgien et de quinze assistants. Chacun de ces derniers a la garde d'un pavillon.

L'idée dominante qui a dirigé la construction de l'édifice, c'est l'isolement des malades ou plutôt des maladies. Les pavillons isolés, largement espacés les uns des autres, n'ont pas paru suffire s'ils devaient contenir trop de malades. Ainsi, 84 patients sont réunis dans les pavillons de médecine les moins favorisés; dans les autres réservés à la chirurgie ou aux maladies médicales infectieuses (fièvre typhoïde, diphthérie), le nombre des malades ne dépasse pas 40. Chacun de ces petits édifices a un personnel de service qui lui est entièrement consacré, qui prend là sa nourriture et son habitation et qui, par suite n'a que des rapports très éloignés avec les serviteurs des autres pavillons.

Parmi les constructions isolées, il en est une qui est véritablement digne d'admiration, c'est l'amphithéâtre d'opérations. Nous avons déjà parlé de cette installation; qu'il nous suffise de rappeler que deux serviteurs sont exclusivement attachés à cet amphithéâtre, que leur unique travail, en dehors de l'aide à apporter dans les opérations, c'est le maintien, dans un état de propreté et de convenance parfaites, des instruments, des objets de pansements, des liquides antiseptiques, etc.

Quel est l'amphithéâtre d'opérations des hôpitaux de Paris auquel sont accordées de pareilles ressources de service? CHANTEMESSE et CLADO.

Exposition d'hygiène municipale. — Le musée municipal d'hygiène à Paris.

Grâce à l'initiative éclairée de la *Société de médecine publique* de Paris une exposition d'hygiène urbaine aura lieu au mois de mai prochain. Cette exposition, patronnée par un grand nombre de savants, présentera un caractère *exclusivement* scientifique et technique, et comprendra tous les plans, tous les modèles de constructions, d'appareils, intéressant l'hygiène d'une grande ville comme Paris. On y trouvera tout ce qui pourrait contribuer à assurer la salubrité des édifices publics, hôpitaux, casernes, hospices, asiles de nuit, lycées, écoles, théâtres, etc., qui abondent dans la cité parisienne. Le Conseil municipal, dont la Société de médecine publique avait sollicité l'appui, a de suite accueilli favorablement cette demande et a mis à la disposition du comité les locaux disponibles de la caserne Lobau, sise derrière l'Hôtel-de-Ville.

Le rapporteur de la commission, M. Strauss, après avoir montré tout l'avantage que la Ville de Paris pouvait retirer de cette exposition d'hygiène urbaine (1), a à ce propos rappelé que depuis longtemps la question de la création d'un *Musée municipal d'hygiène* avait été soumise au conseil, puis votée par lui, et que, malgré cela, malheureusement, on n'avait cependant point donné suite à ce projet. On ne pouvait trouver une occasion plus propice pour remettre pareille question sur le tapis; c'était le moment ou jamais d'y revenir avec quelque chance de succès. Aussi nous empressons-nous de saisir la balle au bond, et de mettre en relief autant qu'elle le mérite la dernière partie du discours de M. Strauss, dont l'importance saute aux yeux. Les lecteurs du *Progrès médical* savent en effet quel a été le rôle du rédacteur de ce journal dans cette affaire: il est inutile de rappeler que le 3 novembre 1882 M. Bourneville déposait en son nom et au nom de MM. Cernesson et Loiseau, au Conseil municipal une proposition qui se terminait par ces mots: « L'Administration est invitée à étudier le moyen d'installer définitivement les objets exposés par la ville de Paris à l'exposition d'hygiène de Genève (qui venait de se terminer), *de telle sorte qu'il soit créé à Paris un* MUSÉE MUNICIPAL D'HYGIÈNE (2). » C'est à cette proposition et à ses suites qu'a fait allusion M. Strauss.

Il devrait être aujourd'hui inutile de redire les raisons de première importance qui militent

(1) Une autre Exposition d'Hygiène est annoncée comme devant avoir lieu en 1887 au Palais de l'Industrie; nous devons dire dès aujourd'hui qu'il serait préférable de l'ajourner à 1889, à l'époque de l'Exposition Universelle.

(2) Voir *Prog. méd.*, 1882, p. 893; p. 93[illegible].

en faveur d'une telle création. Faut-il donc répéter sans cesse que depuis des années la presse compétente réclame en France une direction générale de la santé publique, des bureaux municipaux d'hygiène, etc., et qu'un musée d'hygiène est un des rouages indispensables d'une telle innovation ! Faut-il donc crier, à en perdre haleine, aux oreilles françaises qu'il n'y a que la France qui ne soit point capable de saisir toute l'utilité de cette œuvre, et que, sur ce point encore, Anglais et Allemands nous ont précédés dans la voie du progrès ! Puisse cet argument patriotique, le seul qu'on paraisse désormais comprendre, appeler de nouveau l'attention sur le projet délaissé ! — Et pourtant, après la proposition de M. Bourneville (1), le Conseil municipal avait voté les crédits (16,000 fr.), nécessaires à l'installation demandée. Malgré ce vote, l'Administration de l'Assistance publique resta impassible : *Si fractus illabatur orbis, impavidam ferient ruinæ*... Et le projet du musée d'hygiène, qu'on devait établir dans la chapelle du nouvel Hôtel-Dieu, dort encore d'un profond sommeil dans les cartons administratifs. En mai 1883, nous disions : « Rien n'a été fait, la question est moins avancée que jamais » (2); en mars 1886, nous répétons : « Rien, rien n'a été fait ; et qu'a-t-on fait des crédits votés? » Puisque les fonds étaient prêts, puisque les locaux étaient tout trouvés, puisque les collections, à leur retour de l'exposition d'hygiène de Genève, étaient à la disposition de la Ville, pourquoi a-t-on tant hésité, a-t-on fini par renvoyer aux calendes grecques l'ouverture de ce musée ?

Aujourd'hui, il est bien décidé que l'exposition d'hygiène municipale aura lieu ; eh bien, il ne faut plus retomber dans les mêmes errements. Il est indispensable de ne point laisser perdre à nouveau tous les plans, dessins, modèles, appareils que l'on va rassembler ; il est urgent de se mettre carrément à l'œuvre et de vaincre, il le faut, cette force d'inertie administrative, plus terrible encore que le mauvais vouloir ou la routine. Et puisque l'occasion fait le larron, nous espérons fermement que l'exposition d'hygiène municipale *fera* le musée municipal d'hygiène, qu'on l'installera dans les bâtiments, actuellement déserts, désignés sous le nom de chapelle du nouvel Hôtel-Dieu ; et que tout cela s'accomplira, à la grande joie des travailleurs, hygiénistes et autres, sans que la ville de Paris soit entraînée à des dépenses exagérées.

(1) Voir *Prog. méd.*, 1883, p. 33.
(2) Voir *Prog. méd.*, 1883, p. 385.

ÉCOLES VÉTÉRINAIRES. — M. le professeur CHAUVEAU est nommé inspecteur général des écoles vétérinaires de France. — M. le professeur ARLOING est nommé directeur de l'École vétérinaire de Lyon, en remplacement de M. Chauveau, appelé à d'autres fonctions.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — Nous apprenons avec plaisir que notre ami le Dr FAUVEL (du Havre) vient d'être nommé conseiller général du département de la Seine-Inférieure pour le canton du Havre.

RÉCOMPENSES. — Par décision ministérielle du 1er mars 1886, le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction aux médecins [illegible] qui ont soigné gratuitement et pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie : MM. Drs Reverdit (Thonon), Faure (Die), Delarue (Poncin), Lecourt (Chatillon-sur-Marne), Riban (Louvigné-du-Désert), Leroyer (Carrouges), Lemann, officier de santé à Carvin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. PASTEUR communique *les résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure*, tels qu'ils ont été analysés dans notre dernier compte rendu de l'Académie de médecine. M. le président adresse à M. Pasteur l'expression de la reconnaissance de l'Académie et de l'humanité tout entière. (Voir n° 10, p. 198.)

M. VULPIAN demande la création d'un établissement spécial dans lequel les nombreuses personnes mordues viendraient se faire vacciner contre la rage. Maintenant que le traitement préventif a fait ses preuves, c'est là une création qui s'impose. M. PASTEUR répond qu'un établissement fonctionnant à Paris pourrait recevoir, en temps utile, toutes les personnes qui auraient été mordues en Europe ; la garantie du succès des opérations sera d'autant plus grande qu'il y aura moins d'opérateurs. Au début, et pour quelques années, l'établissement de Paris sera international : il serait peut-être juste que les étrangers participent aux frais d'organisation et d'entretien. M. DE FREYCINET, présent à la séance de l'Académie, déclare que le gouvernement sera heureux de s'associer à l'œuvre si grandiose et si humaine que poursuit M. Pasteur. Afin d'aviser aux mesures à prendre pour hâter la réalisation des vœux exprimés par l'Académie, M. BERTRAND propose qu'une commission soit formée par les membres du bureau et de la section de chirurgie, auxquels serait adjoint M. de Freycinet. Cette proposition est adoptée (1).

M. E. WERTHEIMER a fait de nombreuses expériences sur *les centres respiratoires de la moelle épinière*. Il est généralement admis que ces centres sont exclusivement localisés dans le bulbe rachidien ; cependant M. Brown-Séquard a montré que chez les mammifères nouveau-nés la respiration peut survivre à l'ablation de la moelle allongée. M. Wertheimer a obtenu cette persistance de la respiration spontanée même chez des chiens adultes. D'après lui, l'arrêt des mouvements respiratoires consécutif à l'opération a uniquement pour cause l'impuissance momentanée de la moelle due au traumatisme : aussi, pour les voir se rétablir, il suffit d'attendre que les centres spinaux aient recouvré leur activité et de pratiquer, cela va sans dire, jusqu'à ce moment, l'insufflation pulmonaire. Le retour de la respiration peut se faire attendre quatre ou cinq heures, mais parfois aussi une ou deux heures seulement.

Il existe donc dans la moelle des centres nerveux qui président les uns à l'expiration, les autres à l'expiration. Le retour de la respiration spontanée, même pendant l'insufflation pulmonaire, montre que la moelle abandonnée à elle-même envoie aux muscles respirateurs des impulsions rythmiques, sans qu'elle ait besoin d'être sollicitée par un excitant quelconque. D'autre part, les caractères que prennent les mouvements respiratoires, quand le bulbe n'exerce plus son influence, prouvent que celui-ci sert aux centres médullaires de modérateur et de régulateur, et que, dans la respiration comme dans la circulation, son rôle est identique.

M. MARCEL DEPREZ est élu membre de l'Académie, en remplacement de M. Tresca. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. RETTERER complète sa précédente communication par les diverses pièces de l'appareil hyoïdien chez l'homme.

M. VIGNAL nie absolument qu'il existe dans les tubes nerveux périphériques les éléments décrits l'année dernière sous le nom de *corpuscules nerveux* par M. Adam-

(1) Voir plus loin, *Prog. Méd.*, p. 234.

kiewicz. Il pense que cet auteur, qui a fait ses études sur des nerfs durcis dans le liquide de Müller, a observé ou le noyau du segment inter-annulaire et le protoplasma qui l'entoure, ou un dédoublement de la myéline qui se serait effectué sous l'influence du liquide durcissant et se serait coloré d'une façon différente par la safranine employée par M. Adamkiewicz comme matière colorante.

M. Vignal présente en outre une *platine chauffante* que la Société connaît déjà, mais qu'il a modifiée pour donner un accès plus considérable à la lumière.

M, d'Arsonval présente et explique le mécanisme d'un appareil enregistreur des changements de volume gazeux; et de la part de M. Ch. Verdin un interrupteur destiné à produire des actions directes à l'aide d'un courant de pile.

M. Galippe dit qu'il résulte de nombreuses observations cliniques contrôlées par la thérapeutique préventive et des expériences de laboratoire que la *précipitation des sels terreux de la salive* est le fait des micro-organismes qu'elle contient. Le tartre salivaire est donc une substance vivante et les germes qu'il renferme ne sont donc pas accidentellement englobés dans le dépôt qu'il constitue. Ils conservent leur vitalité pendant de longs mois, et MM. Malassez et Vignal ont pu les étudier et les cultiver. Partant de ces idées, l'auteur s'est demandé si les *calculs salivaires* n'auraient pas une origine analogue à celle du tartre dentaire. La plupart de ces calculs ont pour centre un corps étranger quelconque. Celui-ci n'agirait dans la circonstance que comme parasitifère. Une fois introduits dans le canal, les parasites exercent sur la salive une action analogue à celle qu'ils produisent dans la bouche. De là, constitution d'un calcul dont la nature varie suivant la glande. Or, l'expérience permit de constater dans tous ces calculs des parasites susceptibles d'être ensemencés et cultivés. Partant de ces faits acquis, M. Galippe s'est demandé si cette façon d'envisager la formation des calculs ne jetterait pas un certain jour sur la pathogénie si obscure des autres formations calculeuses de l'économie. L'auteur considère en effet que jusqu'ici on est réduit à des hypothèses gratuites sur le mode de formation des calculs, biliaires ou urinaires, sujet sur lequel il se propose de revenir. On sait maintenant qu'un certain nombre de parasites exercent des actions chimiques nettement définies; les uns fixent l'azote, les autres oxydent l'ammoniaque et forment des azotates, Inversement il en est qui réduisent les azotates et les sulfates et mettent les éléments des corps en liberté, etc., etc. Il est permis d'admettre que les micro-organismes trouvant dans les variations physiologiques ou pathologiques, des liquides de l'organisme, des *substrata* de culture propres à leur développement, peuvent exercer dans ces liquides des actions chimiques électives, provoquer des dédoublements ou la précipitation de substances maintenues solubles à l'état normal. Pour que cette hypothèse fut acceptable, il fallait démontrer la présence de parasites dans les concrétions calculeuses telles que les calculs biliaires. C'est ce qu'a fait l'auteur; car il existe des parasites dans les calculs biliaires et les calculs urinaires de différentes sortes, y compris ceux de cystine cristallisée. Tous ces points feront d'ailleurs l'objet de communications ultérieures.

M. Laborde, revenant sur la récente communication de M. Peyron, relative à l'aborption de l'hydrogène sulfuré rappelle qu'il a lui-même publié un mémoire dans lequel l'action bulbaire de ce gaz est nettement démontrée. Il en a tiré la conclusion pratique que la respiration artificielle était un moyen presque infaillible de ramener à la vie les animaux de même que les hommes intoxiqués, qui, sans cela, auraient infailliblement succombé. Il s'étonne enfin que, négligeant tous les travaux de ses compatriotes, M. Peyron n'ait trouvé qu'un nom allemand à citer pour toute bibliographie.

M. Brown-Séquard, admettant que beaucoup de laryngites et de trachéites sont dues à l'exposition brusque du cou à l'air froid, a institué un mode thérapeutique permettant d'éviter ces accidents. Au moyen d'un soufflet il douche le cou avec des courants d'air de plus en plus froids; il se crée ainsi une accoutumance qui permet de braver les rigueurs de la température.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars. — Présidence de M. Trélat

M. Colin (d'Alfort) donne lecture d'un travail où il se montre opposé à la théorie des microbes appliquée à la pathogénie des maladies septiques et virulentes. Pour admettre l'existence et l'importance des agents microbiens, il voudrait voir les vibrions produire les accidents septiques lorsqu'ils sont seulement associés à l'eau pure. Il est encore permis de douter de leur efficacité au point de vue de la virulence, lorsqu'on voit comme dans la rage, la clavelée, le vaccin, où ils n'existent pas, les choses se passer absolument de la même façon que dans les cas où ils sont présents. De plus, n'ont-ils pas été signalés dans diverses maladies non virulentes? Jusqu'ici tout est encore bien problématique dans cette question et quoique le microbe du charbon soit à peu près démontré, ce n'est pas une raison pour admettre qu'il en est ainsi dans toutes les maladies virulentes. Et encore dans le charbon lui-même, M. Collin a vu le sang être virulent avant l'apparition des bâtonnets caractéristiques, d'où il conclut que la virulence peut exister indépendamment des bâtonnets, ou bien que les bâtonnets ne sont déjà qu'un état de transformation des fines granulations primitives. On a prêté aux microbes des fonctions, des rôles mécaniques, chimiques et physiologiques, mais qui l'a prouvé? Au lieu de démonstrations, on apporte des hypothèses, tout disparaît devant le microbe et le pouvoir de la cellule vivante du protoplasma, s'efface devant cet organisme. Au lieu de chercher à généraliser à l'extrême et à faire des synthèses dont on a négligé les premiers éléments, il vaudrait mieux envisager chaque fait en particulier et rechercher les conditions dans lesquelles l'organisme crée ou reçoit de l'extérieur les agents et les principes nocifs et comment il résiste à leur action.

M. Cornil lit un travail de M. Doyen (de Reims) qui, depuis cinq ans, s'est livré à l'étude des suppurations et des septicémies diverses. Il résulte de son travail que toutes sont dues à des microbes. Le phlegmon, le panaris, le furoncle sont caractérisés par des microbes (*staphylococcus aureus et albus, streptococcus pyogenes*). Dans les cas de septicémies que M. Doyen a étudiés, il n'a jamais pu attribuer à l'action seule des ptomaines les accidents généraux. Dans le cas de fièvre puerpérale cite à l'Academie, il est certain que la plaie utérine a été infectée par le microbe. Mais il n'est pas besoin pour expliquer le mode d'infection d'appeler à son aide l'auto-infection. Le microbe en effet a pu être puisé dans l'air ambiant. La fièvre puerpérale n'est qu'une variété de septicémie caractérisée par l'un des trois microbes ordinaires de suppurations aiguës. Ces microbes se trouvent partout dans l'air et les liquides en voie de décomposition. Si toutes les plaies suppurent facilement, même à la campagne, et si l'érysipèle et les affections chirurgicales n'en sont pas bannies, c'est qu'à lui seul le purin des fosses à fumier contient assez de microbes pathogènes pour éterniser les maladies contagieuses. M. Doyen ne nie pas les ptomaïnes, mais il ajoute que dans les septicémies naturelles ou expérimentales on observe toujours l infection générale du sang par les microbes.

M. Cornil, après lecture de cette note de M. Doyen, ajoute pour son propre compte que la fièvre puerpérale n'est pas une seule et même affection: il y a des pyohémies et des septicémies, mais dans ces deux groupes, il y a des bactéries d'ordre très varié. M. Doléris en décrit quatre formes qu'il range sous deux groupes.

Des microcoques sous forme de points de chainettes; des bâtonnets ou grands filaments. Les premiers sont les

plus communs. Toutes les bactéries viennent du vagin ; elles resteront inoffensives, tant que l'épithélium sera intact : mais dès qu'il existera une plaie utérine et une déchirure vaginale, ces microbes pénétreront dans l'organisme et y produiront les pyémies et les septicémies des nouvelles accouchées. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 janvier 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

22. Note sur deux cas de malformations cardiaques; par L. BARBILLON, interne des hôpitaux.

1° Vers la fin du mois de septembre 1885 mourait dans le service de M. le Dr Labric, alors suppléé par M. le Dr Josias, à l'hôpital des Enfants-Malades, un jeune garçon de neuf ans qui n'avait séjourné que quelques heures dans la salle. Il était entré dans un état d'asystolie très prononcé, et outre la gêne respiratoire, le développement énorme du foie, et l'anasarque, on remarquait chez lui une cyanose générale avec éruption pétéchiale confluente sur tout le corps. D'après les renseignements fournis sur ce malade, il résultait que l'enfant avait dès sa naissance présenté de la cyanose, et qu'il avait toujours été en proie à des palpitations violentes et à un essoufflement continuel.

A l'AUTOPSIE nous trouvâmes un cœur énorme, un véritable cœur de bœuf, de forme globuleuse, de consistance très dure, remarquable par l'*absence complète de l'infundibulum et de l'artère pulmonaire.* Un gros vaisseau partait de la base du cœur, entre les deux ventricules, et ne tardait pas à se bifurquer en formant deux troncs artériels, l'un droit, l'aorte ; l'autre gauche, l'artère pulmonaire. Trois valvules sigmoïdes, épaisses, cartilagineuses, fermaient à son origine ce gros tronc artériel : elles étaient parfaitement suffisantes. L'ouverture méthodique du cœur permit de constater une hypertrophie énorme des parois et de la cloison interventriculaire. Il n'existait aucune communication entre les oreillettes : mais à la partie supérieure de la cloison interventriculaire on trouvait une large solution de continuité faisant communiquer librement le ventricule droit avec le ventricule gauche. A cheval sur cette cloison incomplète, s'élevait le vaisseau commun [illegible] à la fois du ventricule droit et du ventricule gauche : il était bientôt fermé en haut par les trois valvules sigmoïdes déjà signalées. Les valvules mitrales et tricuspides [illegible], il n'existait pas d'autre malformation d'organe. Les viscères présentaient les altérations habituelles chez les individus morts en état d'asystolie, sauf les poumons qui étaient à peine congestionnés au niveau de leur bord inférieur et postérieur.

2° Deux mois plus tard, nous avions l'occasion d'observer dans le même service, un jeune enfant de 20 mois, entré pour une maladie bleue très peu prononcée, et qui [illegible] salle, mourut de cette aff[illegible] avec [illegible] ulcéreuse et alb[illegible].

[illegible] Le cœur de cet enfant était [illegible] globuleux, ass[illegible] hypertrophié. Cette hypertrophie porta[illegible] sur le ventricule droit. Mais [illegible] s'il ex[illegible] infundibulum et une artère pulmonaire distinct[illegible] et de ce vaisseau, ét[illegible] méthodique du cœur [illegible] mitrale [illegible] tricuspide[illegible] interventriculaire. L[illegible] : l[illegible] ca-lib[illegible] par deux o-pi[illegible] très pe[illegible] pulmo-na[illegible] de la cloison interventricula[illegible] une large solution de continuité qui établi[illegible] entre les deux ventricules ; l'aorte [illegible] à ce niveau, à cheval sur le septum interventriculaire [illegible] chacun des ventricules. Elle est très dilatée et présente à son origine trois valvules sigmoïdes parfaitement suffisantes.

Voilà donc deux exemples de malformations cardiaques congénitales qui présentent un grand intérêt aussi bien au point de vue de l'*anatomie pathologique* qu'au point de vue *clinique* ; ils ne sont pas moins intéressants pour ce qui concerne le *développement* du cœur. Dans les deux cas la cyanose a existé : plus marquée chez le premier sujet que chez le second. Celui-ci très légèrement violacé, ne prenait une teinte franchement cyanotique qu'à l'occasion de quelque effort (toux, cris, pleurs, etc.). La cause de cette cyanose paraît bien être, tout au moins chez notre premier malade, le mélange des deux sangs, et non le rétrécissement du champ de l'hématose, puisque l'artère pulmonaire était ici largement béante, et de fort calibre. Chez ce premier malade, on constatait, malgré un état d'asystolie extrême, une remarquable intégrité des organes de la respiration, fait vérifié par l'autopsie, qui montra à peine un peu de congestion des bases. On conçoit facilement la raison de cette particularité, si l'on se rapporte au calibre très suffisant de l'artère pulmonaire, et au siège de la malformation cardiaque qui ne commandait nullement la circulation du poumon. Tout le système veineux périphérique au contraire était le siège d'une stase très prononcée. Dans les deux cas les signes stéthoscopiques furent à peu près les mêmes ; il existait un souffle intense en jet de vapeur, siégeant au premier temps, à la base, près du sternum, dans le troisième espace intercostal gauche, et se propageant vers la clavicule gauche pour mourir bientôt. Il ne paraît guère douteux que dans le second cas le souffle ait été dû à la communication interventriculaire plutôt qu'au rétrécissement de l'artère pulmonaire. On s'expliquerait mal la production d'un souffle aussi intense dans un vaisseau d'un calibre aussi grêle. L'existence d'un souffle analogue, dans notre premier cas, sans artère pulmonaire distincte à son origine est encore un argument en faveur de cette interprétation.

Ces deux exemples de malformation du cœur ne sont pas moins intéressants au point de vue du développement de cet organe. Conformément aux théories admises, sur le développement et le cloisonnement du cœur, en particulier d'après celle plus récente de Rokitanski, on peut conclure qu'il s'agit dans notre premier cas d'une absence de formation du septum artériel, qui normalement, vers la septième semaine de la vie intra-utérine, divise le bulbo aortique en deux vaisseaux, l'artère pulmonaire et l'aorte. Le dixième cas de Rokitanski, où l'absence de septum ventriculaire antérieur s'accompagne d'absence de septum artériel, l'aorte et l'artère pulmonaire s'ouvrant par un tronc commun à cheval sur la cloison, présente avec notre cas la plus grande analogie. — Dans le cœur de notre second malade au contraire, le septum artériel s'est complètement développé, tandis que le cloisonnement interventriculaire est demeuré incomplet.

P[illegible] admettre que, dans ces deux cas, la malformation cardiaque résulte d'une endocardite fœtale plutôt que d'un simple arrêt de développement? La réponse n'est g[illegible] dans le premier cas : c'est à la seconde hypo[illegible] qu'il faut se rattacher. C'est aussi à un simple arrêt de développement que l'on doit rapporter le second cas ; et un des meilleurs arguments nous paraît celui-ci : il [illegible] chez ce petit malade d'autres malformations con[illegible] asymétrie crânienne, atrophie et malformation d[illegible] de l'oreille gauche, étroitesse extrême du con[illegible] de ce côté, atrophie de l'apophyse mastoïde, [illegible] faciale gauche [illegible] par l'[illegible]

23. M. [illegible] présente le larynx d'un homme qui maigrissait depuis cinq ans et avait de la difficulté de la [illegible] y a trois semaines il entre à l'hôpital avec un [illegible] du cou. On constate un *épithélioma de la base de la langue*, puis il meurt asphyxié. On trouve à l'autopsie un *abcès latéro-pharyngien* qui a causé la mort par étouffement.

24. M. Barbillon présente un cas d'*hématocèle intratesticulaire*. Il s'agissait d'un individu tombé autrefois à califourchon sur une barre de fer ; plusieurs années après l'accident, il voit gonfler son testicule jusqu'au volume du poing ; on fait une ponction qui donne un liquide sanguinolent et on pratique la castration. Ce fait est intéressant par la lenteur de l'évolution ; on ne trouve au microscope aucun élément cancéreux.

25. Rein diphthéritique. — Pyélite pseudo-membraneuse; par P. Ménétrier, interne des hôpitaux.

A l'Autopsie d'une enfant morte de diphthérie dans le service de M. le professeur Grancher, à l'hôpital des Enfants Malades, nous avons trouvé une double lésion rénale, qui nous a paru tout particulièrement intéressante. Des deux côtés, en effet, les bassinets légèrement dilatés, renfermant une urine à peine trouble, présentaient sur leurs parois, très vivement congestionnées, des plaques grisâtres d'apparence pseudo-membraneuse. Ces plaques, assez irrégulières de formes, quelquefois ovales ou arrondies, sont disséminées à la surface de la muqueuse, qui au voisinage est un peu ramollie, très vivement congestionnée, d'apparence ecchymotique. Elles ont cinq millimètres, un centimètre au plus de diamètre et sont épaisses de deux à trois millimètres, très adhérentes, solides, ne se désagrégeant pas dans l'eau. Elles sont de couleur blanc grisâtre, et en somme, ressemblent fort aux fausses membranes que l'on rencontre d'ordinaire dans les voies aériennes. La lésion ne dépasse pas les bassinets : les uretères, la vessie sont absolument sains.

Quant aux reins, ils sont gros, mous, leur capsule se détache facilement, et l'on voit à la surface les étoiles de Verheyen assez vivement injectées. En coupe la substance corticale présente une teinte jaunâtre. Sur des coupes comprenant le bassinet et le parenchyme rénal, nous avons pu étudier au microscrope les lésions de l'un et de l'autre.

Les plaques pseudo-membraneuses du bassinet sont formées par une grande accumulation de globules blancs, renfermant des cellules épithéliales granuleuses, en voie de désagrégation, quelques globules sanguins, et le tout est maintenu par un très fin réticulum fibrineux, qui se voit très nettement sur les coupes minces, mais est loin de présenter l'épaisseur et la disposition en stratifications successives que l'on rencontre d'ordinaire dans les fausses membranes diphthéritiques des voies aériennes. Néanmoins il y a une très grande analogie de structure entre ces deux lésions. La pseudo-membrane repose immédiatement sur la couche fibreuse du bassinet, sans couche épithéliale interposée, les cellules de cette couche se retrouvant en partie, et plus ou moins altérées dans la fausse membrane. La couche fibreuse renferme un grand nombre de cellules embryonnaires dans les interstices de ses fibrilles. Au voisinage des plaques, la muqueuse du bassinet est très vivement congestionnée, ses vaisseaux énormément dilatés sont remplis de globules rouges ; au pourtour le tissu conjontif renferme un grand nombre de cellules embryonnaires ; à la surface on retrouve la couche épithéliale qui paraît plus épaisse que normalement. Quant au rein il est également fort altéré. Il présente les lésions d'une néphrite diffuse aiguë, et surtout de la glomérulite et de la périglomérulite. Le bouquet glomérulaire est infiltré de cellules embryonnaires, mais c'est surtout au pourtour de la capsule qu'on en rencontre un grand nombre, et par places, elles sont assez abondantes pour former de petits abcès microscopiques analogues à ceux qui ont été décrits dans le rein des typhiques. De même aussi autour de beaucoup de petites artérioles, on rencontre des amas embryonnaires semblables, accumulés dans le parenchyme voisin, et dans la couche adventice, tandis que les deux couches internes paraissent saines. Quant aux épithéliums ils semblent relativement peu altérés, leurs noyaux se colorent bien, et dans la cavité des tubes on ne trouve pas d'exsudats cylindres, pas de boules, pas de globules sanguins.

Notre malade ayant succombé à la diphthérie, il était naturel de rapporter les lésions du bassinet à cette maladie Néanmoins aucun fait de ce genre ne se trouvant signalé dans les auteurs qui ont traité de la diphthérie, non plus que dans les ouvrages sur les affections des reins, nous avons dû rechercher avant tout, si quelqu'autre cause morbide ne pouvait fournir une explication différente.

L'histoire de notre malade ne nous donne pas grand renseignement à ce sujet. C'était une fille de cinq ans, qui avait eu la rougeole à l'âge de trois ans et pas d'autre maladie. Elle était en parfaite santé quand le 6 janvier elle fut prise de fièvre et de point de côté. Un médecin qui la vit à ce moment, prit d'abord l'affection pour une pneumonie, et lui fit appliquer un vésicatoire au côté droit de la poitrine. Peu après on reconnut une angine diphthéritique, bientôt suivie des symptômes du croup. L'enfant fut apporté à l'hôpital le 10 janvier dans un état d'asphyxie imminente, et trachéotomisée sur-le-champ. Il sortit quelques fausses membranes par la canule, et de plus on reconnut que la gorge en était complètement recouverte ; engorgement moyen des ganglions du cou. A ce moment le vésicatoire était déjà complètement sec.

Le lendemain la petite malade était un peu moins mal, mais déjà on entendait des râles sous-crépitants disséminés dans sa poitrine, et son urine renfermait une notable quantité d'albumine ; elle ne présentait du reste pas d'autres caractères particuliers.

Le 12 janvier, on reconnaît le développement d'une bronchopneumonie aux deux bases. L'enfant meurt dans la nuit.

A l'autopsie pratiquée 36 heures après la mort, on trouve outre les lésions rénales déjà décrites, des fausses membranes épaisses, mais peu adhérentes, tapissant le pharynx, le larynx, la trachée, et jusqu'aux divisions bronchiques de troisième et de quatrième ordre. Les deux poumons renferment des noyaux d'hépatisation, disséminés dans les deux lobes inférieurs et le lobe moyen droit ; hépatisation rouge, récente, d'aspect hémorrhagique. En outre, la partie moyenne du lobe supérieur gauche renferme un petit noyau caséeux, et les ganglions du hile de ce côté présentent aussi quelques masses caséeuses ou crétacées. On ne retrouve de tubercules en aucun autre point. Le foie et la rate paraissent sains. Quoique les reins et les voies urinaires inférieures ne renfermassent aucune lésion tuberculeuse, que l'altération du bassinet examinée au microscope ne rappelât en rien la tuberculose, nous avons cru devoir plus sûrement éliminer cette hypothèse par la recherche des bacilles de Koch par le procédé d'Ehrlich. Nous n'en avons pas trouvé dans la fausse membrane.

Mais nous n'avons pas été plus heureux dans la recherche des divers micro-organismes décrits et rencontrés dans les produits diphthéritiques. Recherchés sur des coupes par le procédé de Gram, il nous a été impossible d'en trouver aucun, et ce qui donne plus de valeur à ce résultat négatif, c'est que M. le Dr Hippolyte Martin, dont la compétence en pareille matière est bien connue, a eu l'obligeance de rechercher lui aussi à colorer des microbes dans nos coupes, et qu'il a échoué également. Le séjour de la pièce dans l'alcool pendant quelques jours est-il la cause de cet insuccès, n'y avait-il pas de microbes dans ce rein, ou plutôt ne sont-ils pas colorables par ce procédé ? c'est ce que nous ne saurions dire. Quoi qu'il en soit, ces plaques pseudo-membraneuses des bassinets rappelaient bien par leur aspect les lésions de la diphthérie ; présentant au microscope une structure fort semblable ; enfin toute autre cause manquant, nous avons pensé qu'il s'agissait bien là d'une lésion diphthéritique, due probablement, comme les lésions du parenchyme rénal, à l'élimination du poison par le rein.

On pourrait pourtant peut-être, invoquer l'application d'un vésicatoire sur la poitrine de notre malade. On sait que des fausses membranes fibrineuses ont été rencontrées dans les intoxications expérimentales par la cantharidine. Mais l'effet de ce vésicatoire a dû être peu intense, puisqu'il était déjà sec au bout de quatre jours, et d'autre part nous

ne connaissons aucun exemple d'une lésion semblable déterminée par simple application d'un emplâtre vésicant.

Aussi, et sans trancher absolument la question, nous présentons cette pièce comme un exemple des lésions de la diphthérie sur les bassinets.

26. Arrêt de développement du rein; par L. Menétrier, interne des hôpitaux.

A l'autopsie d'un enfant de douze ans, mort de méningite tuberculeuse, dans le service du professeur Grancher à l'hôpital des Enfants Malades, nous avons trouvé que le rein gauche présentait des dimensions extrêmement minimes, tandis qu'au contraire le rein droit notablement hypertrophié avait pu suffire au fonctionnement normal de l'excrétion urinaire. Le rein atrophié est situé à sa place habituelle, juste sous la capsule surrénale qui présente sa forme et ses dimensions normales. Il est long d'un centimètre et demi environ, épais de quatre à cinq millimètres et large de sept à huit. Il est enveloppé de tissu graisseux. A son côté interne s'abouchent des vaisseaux artériels et veineux, qui, aux dimensions près, présentent leur disposition normale. En effet, l artère rénale qui naît de l'aorte à sa place habituelle est inférieure en volume aux artères lombaires ; il y a deux veines rénales, également rudimentaires, et qui ne présentent aucun rapport avec la veine spermatique. Ces vaisseaux se distribuent aux reins, et au tissu cellulo-adipeux qui l'entoure. Du bord interne du rein part un tube de trois millimètres de diamètre, qui n'est autre que l'uretère, et qui suit son trajet normal pour aller s'aboucher dans la vessie. Ce conduit est creusé d'une cavité dans toute sa longueur, et renferme un liquide muqueux.

Examiné au microscope, ce petit rein est formé d'un stroma fibreux parcouru de nombreux vaisseaux et de cavités tapissées d'épithélium. Au centre, une cavité plus grande que toutes les autres, et en communication avec l'uretère, représente le bassinet. Elle est tapissée d'un épithélium polyédrique à plusieurs couches, dont les noyaux sont vivement colorés par les réactifs, tandis que le protoplasma reste clair. La cavité est remplie de débris cellulaires, de graisse, et d'un liquide en partie coagulé sous l'influence de l'alcool. Les autres cavités que l on rencontre dans le parenchyme paraissent être des tubes diversement contournés, et coupés sous des incidences variées. Quelques-uns viennent s'ouvrir dans la cavité du bassinet. Tous sont tapissés par un épithélium semblable à celui du bassinet, qui souvent remplit toute la cavité par son accumulation. Parfois aussi on trouve au centre la coupe d'un cylindre hyalin.

Nulle part on ne voit de formations analogues aux glomérules.

En somme, il s'agit d'un arrêt de développement du rein au début de la période embryonnaire, alors qu'il s'est déjà développé indépendamment du corps de Wolf. Arrêt de développement qui ne constituait qu'une curiosité anatomique. l'hypertrophie compensatrice de l'autre rein suffisant à l'élimination de l'urine.

27. Affection aiguë des voies respiratoires chez un bossu. — Diagnostic pendant sa vie : pneumonie lobaire — Autopsie : Atélectasie sans bronchite; par Marfan, interne des hôpitaux.

Un homme de 46 ans, forgeron, se présente à l'hôpital Saint Louis le 26 janvier 1886 avec une extrême oppression. Cet homme est bossu depuis la première enfance ; et d'après ce qu'il raconte, c'est probablement à un rachitisme partiel de la colonne vertébrale qu'il faut attribuer sa gibbosité. Quoi qu'il en soit, depuis l'enfance, il a une cyphose dorsale extrêmement accusée et il présente aujourd'hui les déformations classiques du thorax qui appartiennent à cette variété de déviation vertébrale

Vers l'âge de 21 ans. notre malade commença à éprouver de l'oppression : vers 30 ans, sa dyspnée survint par accès plus violents et le malade commença à éprouver des palpitations de cœur. Vers l'âge de 40 ans, la dyspnée était presque constante et pour la combattre, le malade abusa des spiritueux.

C'est dans ces conditions que le malade arriva à l'année 1886 ; il était alors âgé de 46 ans. Le 19 janvier, à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'un grand frisson et d'un point de côté qui occupait le côté droit, dès lors, son oppression devint extrême ; le malade étouffait; il avait besoin d'air et faisait ouvrir les fenêtres pour mieux respirer ; de plus, il se mit à tousser, lui qui n'avait jamais toussé. Mais le 25 janvier, la fièvre disparut, les extrémités devinrent froides et cyanosées ; les lèvres du malade étaient d'un bleu pâle ; une sueur froide couvrait son corps. On l'admit à l'hôpital Saint-Louis le 26 janvier 1886, dans le service de M. Vidal, suppléé par M. Ballet (salle Devergie n° 53.) On constata alors. outre les déformations signalées plus haut, tous les signes de l'asphyxie : face violacée. lèvres bleues, sueur froide ; extrémités froides et cyanosées ; l'angoisse respiratoire était extrême ; le malade avait à peine la force de répondre aux questions qu'on lui posait.

Les résultats de la percussion et de l'auscultation étaient fort incertains, en raison de la difficulté qu'il y avait à pratiquer ces deux modes d'exploration. Cependant, l'existence de râles crépitants très nets du côté droit firent faire le diagnostic de pneumonie droite. Le cœur ne paraissait ni gros, ni impulsif Nous n'entendîmes aucun bruit de souffle. Le pouls était rapide et faible. Les crachats étaient rouillés et adhérents. Le malade mourut dans la nuit du 26 janvier.

Autopsie. — *Cage thoracique*. Cartilages costaux ossifiés. Vertèbres soudées entre elles ; les deux côtés sont assez symétriques.

Poumons : pèsent seulement 300 grammes chacun : à la base du côté droit, foyer assez considérable présentant les caractères suivants : le tissu ne crépite pas ; couleur rouge foncée ; pas de gonflement du poumon ; pas de grains fibrineux à la coupe ; mis dans l'eau, un fragment de poumon va au fond de l'eau. Au sommet gauche, foyer présentant les mêmes caractères, sauf qu'un fragment du poumon, mis dans l'eau. reste à la surface. Les bords antérieurs des deux poumons présentent de l'emphysème. Plèvres saines ; pas de bronchite.

Cœur. Le ventricule droit n'est pas dilaté ; le ventricule gauche n'est pas gros: néanmoins ses parois semblent très épaisses: rien du côté des valvules de l'aorte. Le *foie*, les *reins*, la *rate*, le *tube digestif* sont normaux.

Reflexions. — Anatomiquement, le diagnostic peut-il être pneumonie ? Question délicate : admettre l'atélectasie est un peu difficile en raison de l'absence de bronchite ; d'autre part certains caractères montraient qu'il ne s'agissait pas de pneumonie: absence de gonflement et de grains fibrineux à la coupe Quoi qu'il en soit, ce bossu atteint d'une affection aiguë des voies respiratoires est mort rapidement d'asphyxie. La physiologie pathologique des accidents qu'il a présentés peut être conçue de la manière suivante : la cage thoracique s'est ossifiée prématurément, d'où exiguité de ses dimensions et petitesse extrême des poumons. De plus, cette cage thoracique se dilate très mal ; l'aspiration thoracique est insuffisante et avec elle la circulation pulmonaire. La petitesse des poumons et l'imperfection de la circulation pulmonaire ont amené une insuffisance respiratoire qui se traduisait pendant la vie par la dyspnée et qui a pour marque anatomique, l'emphysème. Dans ces conditions, on comprend très bien qu'une affection qui supprimait en partie les fonctions d'un organe qui déjà, était au-dessous de sa tâche, ait amené rapidement une asphyxie mortelle.

Séance du 29 janvier 1886. — Présidence de M. Cornil.

31. Épithelioma de l'œsophage : mort par inanition. autopsie — Disposition anormale de l'estomac, interessante au point de vue de la taille stomacale, par Monnier, interne des hôpitaux.

Le nommé U..... Jean, âgé de 53 ans, briquetier, entre le 17 janvier 1886, salle Michon n° 43. Pas d'antécédents

morbides; il y a 15 mois, douleurs vives survenues subitement, sans causes connues, dans la poitrine; elles durèrent huit jours : depuis lors, dysphagie, qui n'a fait que s'accroître pour être absolue depuis une quinzaine de jours. M. le Dr Lancereaux qui l'a reçu d'abord dans son service a pu passer, dans l'œsophage, une petite sonde, mais seulement une fois ou deux. Le 17 janvier il passe en chirurgie, dans l'état suivant. Il est profondément émacié et débilité; dysphagie absolue.

M. Verneuil parvient, une fois, après des tentatives réitérées, à passer la plus petite olive sur son conducteur. Ajoutons qu'en dehors de la sténose œsophagienne on ne constate aucun signe de cancer : ni hématémèses, ni adénopathie, ni tumeur d'aucune sorte. La sonde paraît arrêtée assez bas, et il semble que l'épithélioma siège près du cardia.

Etant donné l'affaiblissement et la maigreur du malade, M. Verneuil rejette toute idée de taille stomacale, son expérience lui ayant appris que cette opération chez un cancéreux, arrivé à un tel degré d'émaciation, amène fatalement la mort dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures. Diverses tentatives de cathétérisme sont faites inutilement du reste, les jours suivants, et le malade, après une lueur d'amélioration relative, meurt d'inanition le 21 janvier, après une courte et tranquille agonie.

AUTOPSIE : Corps amaigri, desséché, ratatiné.

A l'ouverture de l'abdomen (et avant l'ouverture du thorax), on trouve les particularités suivantes :

Le foie est assez volumineux : il est surtout très large puisqu'il va d'une paroi latérale à l'autre et présente dans ce sens un diamètre de 25 centimètres. Dans l'aire de l'échancrure du bord antérieur, terminaison de la scissure interlobaire, et qui est située, chose exceptionnelle, très à gauche de la ligne médiane, au niveau du rebord des fausses côtes gauches; dans cette aire, disons-nous, on aperçoit un organe blanchâtre, cylindroïde, de deux centimètres 1/2 de long, dirigé légèrement en bas et à gauche. Son aspect, sa couleur blanchâtre, sa consistance, permettent de penser que c'est l'estomac qui n'est visible qu'en ce point. Ce serait du reste là qu'on serait tombé, comme nous pouvons encore nous en rendre compte, si l'on avait fait la taille suivant le procédé classique. Deux pinces hémostatiques sont placées là comme point de repère. Au-dessous et à droite, contiguë à l'organe saisi, est une anse intestinale décrivant une sorte d'S; son origine est à gauche de la vésicule biliaire et de là, elle se dirige en bas et à droite en décrivant une courbe. Cette anse intestinale est moins blanchâtre que ce qui est dans l'aire de l'échancrure; elle est plus flasque, et, chose capitale, recouverte d'une mince pellicule péritonéale, qui n'est autre que l'épiploon absolument dépourvu de graisse. C'est, en somme, le colon transverse qui a, ici, une direction tout à fait insolite. Ces constatations faites, nous soulevons le lobe gauche du foie et nous pouvons alors voir que l'estomac, lui aussi a changé de situation. Il est devenu presque vertical, et a une direction générale de gauche à droite et de bas en haut, le cardia étant plus médian que le pylore. L'organe est d'ailleurs vide et ratatiné : il a 12 centimètres de long sur 7 de large. Nous incisons alors la grande courbure près du pylore et la portion de l'intestin saisie entre les pinces : or il se trouve que cette dernière est formée du duodénum ! Ajoutons que tout le tube digestif est ratatiné : de nombreux bols fécaux se sont arrêtés dans l'S iliaque et le rectum. Quant à la lésion œsophagienne, elle n'a rien de spécial. C'est une tumeur annulaire siégeant juste au milieu du conduit œsophagien. L'épaisseur des parois est d'un centimètre environ. La surface muqueuse ou interne est ulcérée : sur la paroi antérieure c'est une sorte de nid de pigeon dans lequel évidemment butait la sonde. La surface externe est adhérente aux organes voisins, notamment à l'aorte, mais celle-ci, vue par sa face interne, n'est pas encore ulcérée. Deux ou trois petits abcès dans l'épaisseur de la paroi, mais pas de fausses routes. L'aspect de la coupe est celui de l'épithélioma.

Voici l'*examen histologique* qu'en a fait notre collègue, M. Besançon, interne de M. Lancereaux. « Fragment de la tumeur durci dans l'alcool et coloré au picro-carmin et à l'éosine hématoxylique. Au niveau des points où ont porté les coupes on ne reconnaît plus la disposition pavimenteuse du revêtement muqueux. La surface de la tumeur est uniquement formée de tissu embryonnaire, comme si elle tendait à prendre le type villeux. Plus profondément, on voit encore des traînées de cellules jeunes, infiltrant le stroma conjonctif adulte de la tumeur. Elles deviennent plus rares à mesure qu'on s'avance vers la couche musculaire.

Les tubes épithéliaux qui constituent le fond de la préparation sont coupés transversalement et alors affectent une forme sensiblement arrondie. Quelques-uns sont coupés obliquement ou presque dans le sens longitudinal et présentent alors la disposition de boyaux cylindriques, parfois bifurqués. Les cellules qui remplissent ces tubes sont égales entre elles, à noyau nettement individualisé par l'hématoxyline volumineux. Elles se confondent par leurs bords et ne semblent point offrir de dentelures. On n'observe pas traces de globes épidermiques; nulle part d'évolution cornée. Les cellules centrales du tube épithélial sont semblables à celles de la périphérie.

En certains points quelques éléments ont subi la régression colloïde.

Les rares glandes sur lesquelles ont porté les coupes ne paraissent pas participer au processus épithélial.

Elles sont légèrement tuméfiées et le siège d'un état catarrhal.

En somme, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux tubulé, ce qui rend compte de la lente évolution du néoplasme.

Du côté des plèvres, adhérences anciennes aux sommets des deux poumons cicatrisés : Un tubercule ramolli dans l'un d'eux.

Cœur petit, atrophié. Il en est de même des reins; rate normale.

RÉFLEXIONS : 1° Cette observation est intéressante au point de vue opératoire. Elle montre que l'incision, faite, suivant les règles, peut faire tomber non sur l'estomac mais bien sur l'origine du duodénum.

2° On peut même signaler une erreur parfaitement possible ici : celle qui aurait consisté à prendre le colon transverse pour l'estomac.

Les éléments de diagnostic sont la coloration plus blanche de l'estomac : la présence d'un feuillet péritonéal en avant du colon transverse.

3° Enfin lorsque, après avoir ouvert l'abdomen, on hésite sur la nature de l'organe qui se présente, il faut soulever le lobe gauche du foie : c'est lui qui recouvre dans l'estomac.

32 Mal de Pott lombaire. Abcès par congestion. — Accolement des abcès aux anses intestinales. — Passage de microbes intestinaux dans l'intérieur des abcès; par M. Netter, chef de clinique de la Faculté.

A..., âgé de 40 ans, entre le 9 décembre dans le service de M. Jaccoud. Il est très amaigri, tousse et présente aux deux sommets des signes d'induration pulmonaire avec début de ramollissement. Il y a deux ans, il a été soigné à Saint-Antoine dans le service de M. Périer pour un abcès par congestion qui s'est ouvert au-dessous de l'arcade crurale du côté gauche. Il reste à ce niveau un trajet fistuleux. Le malade se plaint surtout de son côté droit, dont il souffre depuis deux ou trois mois. L'exploration de la fosse iliaque droite fait percevoir dans la partie interne une masse indurée du volume d'un poing. Cette masse n'est nullement fluctuante. Elle est peu ou pas sensible à la pression. On ne sent aucune irrégularité dans tout le trajet de l'épine dorsale, la pression des apophyses épineuses n'est nullement douloureuse. En raison de l'ancien trajet fistuleux lié évidemment à une altération osseuse, on suppose que la tuméfaction de la fosse iliaque droite a la même origine. L'altération osseuse doit siéger au niveau des vertèbres lombaires inférieures ou du bassin. Sur ces entrefaites, le malade est pris de diarrhée, son état général

continue à se détériorer. La tumeur iliaque droite devient plus douloureuse.

Le 23 janvier, nous constatons que la peau, à sa surface est rouge sombre. La tumeur s'est rapprochée de la paroi abdominale antérieure. On perçoit une résistance très nette et presque de la fluctuation. Le malade réclame une intervention.

Nous nous proposons de lui venir en aide par une ponction avec l'aspirateur Potain. La teinte d'un rouge sombre des téguments nous amène à penser que la collection qui, si on n'intervenait se ferait jour d'ici peu doit être en communication avec le contenu intestinal. En conséquence, nous nous proposons d'examiner au microscope le pus que nous allons retirer. La ponction confirme nos prévisions, même avant tout examen histologique. Le pus est mélangé de gaz, son odeur est stercorale. On n'y remarque pas de fragments ou autres qui proviennent de l'intestin.

Le microscope permet de constater à côté des micro-coques, de la suppuration des bâtonnets de diverses dimensions, des grains écleptiques. Outre ces éléments qui rappellent les microbes qui habitent normalement l'intestin. nous constatons dans des grumeaux jaunâtres la présence d'éléments groupés par quatre qui sont identiques à la sarcine stomacale. Donc, le contenu de l'abcès a été mis au contact des microbes intestinaux. Y a-t-il eu perte de substance aujourd'hui oblitérée, ou bien les organismes intestinaux ont-ils pénétré par une sorte de diapedèse. Il est impossible de se prononcer.

Dans tous les cas, ces constatations unies à la notion de la diarrhée actuellement persistante chez ce malade éveillent un certain doute quant au diagnostic porté à l'entrée. Ne pourrait-il se faire que nous soyons en présence d'une péritonite tuberculeuse circonscrite et l'ouverture d'il y a 2 ans ne pourrait-elle être liée à une collection de kystes de même origine? Notons ici que l'examen répété du pus a été négatif quant aux actinomycetes et aux bacilles de Koch. La ponction ne donne que peu de pus, 100 grammes environ. Le soir même, au milieu de la plaque rougeâtre des téguments paraissent quelques taches noirâtres indiquant un début de sphacèle. La mort survient le 25 janvier au matin.

L'AUTOPSIE montre d'abord les altérations tuberculeuses diagnostiquées aux deux sommets: Le point de départ des abcès est une altération de la 5e vertèbre lombaire. La partie antérieure de celle-ci présente une excavation du volume d'un œuf de pigeon, à bords anfractueux et bourgeonneux. Dans cette cavité existe un séquestre du volume d'une grosse noisette. Des deux côtés, les muscles psoas et iliaque sont transformés en une masse verdatre sanieuse. Ils sont infiltrés de pus; leur tissu est assez réfringent et traversé de bandes fibreuses. L'examen microscopique montre du reste une augmentation notable de tissu conjonctif interfasciculaire et une prolifération des noyaux du sarcolemne. Le trajet purulent répond à la partie externe et profonde des muscles. En avant, l'aponévrose iliaque est épaissie; le péritoine est indemne; des côtés, on constate une adhérence de l'étendue d'une pièce de 1 franc entre le *facia iliaca* et la face externe de l'intestin. A gauche, cette adhérence porte sur une partie de l S iliaque: à droite, sur l'iléon, tout près de la valvule de Bauhem. au niveau des adhérences, la muqueuse intestinale n'est nullement altérée. Le tissu lardacé que nous constatons sous le *fascia iliaca* se continue dans le petit bassin et entoure le rectum. Celui-ci est rouge et fort inflammé. L'appendice iléo-cæcal, non altéré, rampe dans le tissu lardacé du côté droit.

L'*examen histologique* du contenu rectal et de l'appendice cæcal, ainsi que du pus du foyer lombaire et de l'abcès du côté gauche montre les mêmes organismes que celui du pus provenant de l'abcès droit.

RÉSUMÉ. — Il y a eu chez notre malade, carie tuberculeuse de la 5e lombaire Abcès double par congestion Ces abcès se sont mis encore en contact avec les anses intestinales. A la faveur de cet adossement. les microbes habitant normalement l'intestin, sont venus migrer dans les abcès. Ces microbes, dont la présence a été reconnue du vivant du malade, ont certainement uni leur action à celle du bacille tuberculeux. Il est difficile de dire quelle a été leur part dans l'infiltration des muscles et du tissu conjonctif, mais il n'est pas douteux que la gangrène qui commençait déjà au côté droit ne soit de leur fait.

33. M SCHACHMANN présente le cerveau d'un homme de 38 ans, bègue et boiteux depuis l'enfance. ayant contracté la syphilis, et manifesté dans les dernières années, quelques symptômes d'excitation qui avaient pu faire penser à la paralysie générale; la démarche était hésitante, sans qu'il y ait de paralysie vraie. Il meurt par tuberculose pulmonaire. A l'autopsie. on trouve au devant des deux lobes frontaux, et les repoussant fortement en arrière, une poche du volume du poing, recouverte par la dure-mère, et nettement fluctuante; à l'ouverture du kyste, on constate qu'il n'est pas cloisonné et qu'il est rempli d'un liquide brunâtre, épais, dans lequel on trouve des éléments sanguins altérés, et des cristaux de cholestirine. La paroi fibreuse épaisse, est presque partout recouverte d'une couche calcaire qui rappelle les plaques d'athérome. Le présentateur pense qu'on a affaire a un *hématome ancien de la dure-mère*.

M. CORNIL fait observer que l'hématome ne siège pas habituellement ainsi sur la partie médiane, mais recouvre les hémisphères dans leur partie médiane: de plus, on y trouve des caillots qu'on n'a pas constatés ici. La tumeur présente plutôt l aspect d'un kyste, dermoïde ou non, probablement congénital.

34 M. CRESPIN présente le cœur d'un nouveau-né, siégeant à droite; on y voit des *anomalies des vaisseaux de la base* qui consistent, comme le fait remarquer M Darier, en un rétrécissement de l'aorte entre son origine et le canal artériel; ce dernier est énormément dilaté et continue le tronc de l'artère pulmonaire puisque dans la partie convexe de la crosse aortique, dont elle semble être l'origine; il en résulte que les vaisseaux qui partent de cette crosse paraissent au premier abord venir de l'artère pulmonaire.

35 M. CRESPIN présente une pièce provenant du service du professeur Tarnier. Cette pièce est constituée par la portion intra-vaginale du col de l'utérus qui fut expulsée spontanément dans un cas de rigidité du col. L'orifice du col ne se dilatant pas par le fait de cette rigidité, et la tête fœtale continant à appuyer fortement sur le col sous l'influence des contractions utérines, le col finit par se rompre au niveau des insertions vaginales. Les culs-de-sac ne furent pas intéressés et la malade guérit.

Cette portion intra-vaginale du col expulsée spontanément a la forme d'un disque, dont les bords sont dentelés. Au centre, on voit l'orifice externe peu dilaté et ses bords sont très durs et très résistants.

36. Note sur un kyste à épithélium vibratile de la base de la langue, par CHASLIN, interne des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des préparations provenant d un kyste de la base de la langue. trouvé à une autopsie faite par M. le professeur Cornil à l'Hôtel-Dieu. Ce kyste de la grosseur d'un pois, transparent et clair, siégeait sur la partie droite du V lingual. La pièce durcie par les procédés classiques a fourni des préparations qui ont présenté ce qui suit, après avoir fait les coupes perpendiculairement à la surface linguale.

La paroi est formée de tissu conjonctif qui est en rapport sur les côtés avec les muscles de la langue: a la partie supérieure, la paroi très mince disparaît sur un certain point et la muqueuse linguale est en contact direct avec l épithélium du kyste. La paroi dans la profondeur du kyste est infiltrée sur une certaine étendue de petites cellules rondes. Ces cellules font très probablement partie d'un amas folliculaire refoulé par le kyste, comme le semble démontrer une des préparations où l'on voit un follicule nettement circonscrit à côté du kyste.

L'épithélium de revêtement est polymorphe ; dans certains endroits plusieurs rangées de cellules allant comme forme de la circulaire à la cylindrique, supportant une couche de cellules cylindriques basses à plateau surmonté de cils vibratiles. Les noyaux sont bien colorés en rouge par le carmin. Le liquide du kyste n'a pas été examiné, la pièce ayant été immédiatement mise dans l'alcool.

Le mode de développement de ce kyste a été mis en lumière par une série de préparations qui ont montré qu'à la partie profonde du kyste il y avait une glande acineuse muqueuse qu'on ne voyait pas sur les premières coupes. On voit nettement, en comparant et en superposant par la pensée ces préparations, que c'est une dilatation aux dépens d'un conduit ou du conduit excréteur de cette glande d'ailleurs intacte, sauf en quelques points. Sur l'une d'elles on surprend comme le montre le dessin que j'ai l'honneur de présenter à la société, un diverticule du kyste qui s'avance vers la glande et on ne le voit pas sur cette préparation entre la cavité anormale et la glande de conduit excréteur. Au contraire, sur d'autres, on aperçoit le conduit et sur l'une d'elles on le voit arriver jusque dans la glande, d'une part, tandis que dans une autre coupe, il se dirige, sans s'y aboucher sur le kyste, et étant dans ce cas manifestement dilaté. L'épithélium qui sur le conduit excréteur tout près de la glande est normal, est au contraire à plusieurs couches dont une cylindrique sur la pièce de raccord anormale; et déjà dilatée elle-même qui aboutit au kyste.

Cette communication a simplement pour but d'ajouter un fait de plus à ceux déjà signalés par Bochdaleck, Lutzbeck, Hammerich, Recklinghausen et d'autres auteurs.

37. Ulcère rond de l'estomac. Turberculose pulmonaire consécutive ; par M. RICHARDIERE.

OBSERVATION : X..., âgée de 29 ans, couturière, entrée au mois de janvier 1885, salle Ste-Madeleine lit n° 6, hôpital de la Charité, service de M. le professeur Peter (suppléé par le Dr Henri Richardière).

Au mois de janvier 1885, Madame X... est venue réclamer nos soins pour des douleurs extrêmement vives, siégeant dans la région de l'estomac son apparence était chétive. Elle était maigre, de teinte chlorotique très prononcée. Sa santé avait été satisfaisante jusqu'à l'apparition des accidents qui l'amenaient à l'hôpital. Elle n'avait jamais fait de maladie assez sérieuse pour être obligée de garder le lit plusieurs jours de suite. Elle avait été réglée à 14 ans et depuis cet âge bien réglée. Elle avait eu un enfant. A la suite de son accouchement, elle souffrit pendant plusieurs semaines de douleurs abdominales assez vives qui furent attribuées à une métrite et qui disparurent d'ailleurs sans traitement spécial.

Madame X... perdit son mari dans le courant de l'année 1884 et à son chagrin s'ajoutèrent alors les ennuis de tout genre, déterminés par un changement complet dans sa situation sociale. D'une situation aisée, elle passa à une misère profonde. Elle souffrit de privations de toutes sortes. C'est alors, dit-elle, qu'ont commencé les phénomènes douloureux qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Au début elle ressentait des douleurs au creux de l'estomac. L'ingestion de certains aliments de digestion laborieuse exagérait ses douleurs. Les douleurs apparaissaient immédiatement après le repas et se montraient déjà sous forme de crises peu intenses. La pression au niveau de l'estomac était douloureuse. La malade dut renoncer à porter un corset. Il n'y avait pas encore de vomissement : quelques renvois acides se montraient seulement après les repas. L'appétit disparut bientôt complètement. De jour en jour, les phénomènes s'aggravèrent. L'ingestion des aliments devint la cause de douleurs intolérables sous forme de brûlures, de pincements au creux de l'estomac. Les crises douloureuses redoublèrent de fréquence et d'intensité, au point que la malade restreignit son alimentation par crainte des douleurs : son état s'aggravant de jour en jour, elle se décida alors à entrer à l'hôpital.

Quand nous vîmes Mme X... pour la première fois, elle présentait la plupart des signes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Elle avait des douleurs spontanées presque continuelles dans la région de l'estomac, s'irradiant dans le flanc gauche et dans le dos en suivant la ligne des côtes. Avec les repas, ces douleurs prenaient la forme de crises d'une intensité extrême. Dès l'arrivée des aliments dans l'estomac, la malade se plaignait de souffrances atroces qui la faisaient se plaindre et se lamenter. Elle était alors en proie à une agitation extrême, se courbant en deux, cherchant, sans la trouver, une position où ses douleurs fussent moins cruellement senties. Ces douleurs sous forme de crises duraient plusieurs heures. Notons d'ailleurs que les crises étaient intermittentes. Il arrivait que la malade passait plusieurs jours sans en souffrir. Pendant ces journées de tranquillité relative, il n'y avait plus que la douleur spontanée, profonde, sourde, dont nous avons déjà parlé et la douleur à la pression dont il nous reste à dire quelques mots. La pression, la palpation même la plus superficielle étaient douloureuses. Toute la région de l'estomac était sensible à ce mode d'exploration ; mais c'était surtout à la partie gauche de la région épigastrique que la douleur était acquise. Ce n'était pas une douleur à un seul point fixe : toute la région comprise entre la ligne blanche en dedans, une ligne oblique étendue de l'ombilic aux cartilages costaux en dehors, région de plusieurs centimètres carrés d'étendue, était horriblement douloureuse à la pression.

Le thermomètre appliqué sur cette zone marquait un chiffre thermique élevé.

En ce point, la température locale était exagérée. Elle a oscillé entre 36,5 et plus de 38 degrés. Les chiffres les plus bas ont coïncidé avec des périodes d'acalmie ; les plus élevés se sont montrés en même temps que les crises douloureuses existaient dans toute leur intensité.

Avec ces douleurs, cette élévation locale de la température, il existait des vomissements de matières alimentaires. Tantôt ces vomissements survenaient au début du repas ; tantôt ils n'apparaissaient que deux ou trois heures après l'ingestion des aliments. D'ordinaire, ils calmaient les douleurs. Enfin, dans l'intensité des crises, ils disparaissaient parfois complètement. Presque toujours les matières vomies consistaient en aliments mal digérés, quelquefois en bile, en matières muqueuses. Jamais la malade n'a vomi de sang sous quelque forme que ce soit. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, elle eut des selles sanglantes pendant plusieurs jours consécutifs. Ces melœnas ne se sont pas reproduits dans la suite.

La malade était, nous l'avons dit, d'apparence débile. Son aspect général nous fit croire à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire encore latente. Aussi nous l'auscultâmes à plusieurs reprises avec grand soin, et toujours avec un résultat négatif. Nous pouvons affirmer qu'en entrant à la Charité, Mme X... n'avait pas de signes appréciables de tuberculose pulmonaire.

Du mois de février au mois de novembre, l'état de la malade fut celui d'une malade atteinte d'ulcère de l'estomac. Douleurs spontanées, douleurs à la pression, crises douloureuses paroxytiques, vomissements d'aliments, hyperthermie locale, tel était l'ensemble symptomatique. Seul le régime lacté exclusif était toléré et amenait quelque soulagement dans l'état de la malade. Toutes les fois qu'elle essayait de prendre quelque aliment solide, elle était en proie à une série de crises douloureuses.

Au mois de novembre, la malade se mit à tousser et bientôt l'auscultation nous révéla des signes non douteux de tuberculisation des sommets des poumons. Les lésions tuberculeuses marchèrent avec une extrême rapidité ! Déjà à la fin de novembre il y avait du ramollissement pulmonaire; les crachats présentaient les bacilles de Koch, des excavations commençaient à se former. Le 5 janvier 1886, la malade succombait emportée par une tuberculose pulmonaire à marche suraiguë. Pendant que la tuberculose pulmonaire évoluait, les signes de l'ulcère persistaient sans modification.

L'autopsie a confirmé de tous points le diagnostic. Les deux poumons étaient atteints de tuberculose pulmonaire.

Le poumon droit présentait plusieurs cavernes de grandes dimensions. Le poumon gauche présentait une infiltration tuberculeuse généralisée.

L'estomac était dilaté surtout dans sa grande tubérosité. Cette dilatation était d'ailleurs peu considérable. Au niveau de la partie moyenne de la petite courbure, il existait une forte dépression due à une rétraction et un épaississement de la tunique péritonéale à ce niveau. Cette dépression donnait un peu à l'estomac l'apparence bilobe !

Par sa face postérieure l'estomac adhérait au diaphragme, à tel point qu'il fallut déchirer ces adhérences pour l'enlever. Ces adhérences correspondaient à une ulcération de l'estomac. Cette ulcération siégeant à la face postérieure à un 1/2 c. au-dessus de la petite combure était située à la partie moyenne de l'estomac, à égale distance du pylore et du cardia. Elle était de forme à peu près régulièrement circulaire à diamètre vertical un peu prédominant. Son étendue était celle d'une pièce de deux francs. A son niveau la paroi de l'estomac avait absolument disparu comme si, suivant l'expression classique, on l'avait enlevé à l'emporte-pièce. Les bords étaient réguliers, formés par l'accollement de la muqueuse et du péritoine. Le fond de l'ulcère était formé par le draphragme, recouvert du péritoine épaissi et adhérait sur le pourtour de l'ulcération. Ces adhérences avaient prévenu la perforation et empêché l'irruption dans le péritoine de liquide stomacal. Il y avait naturellement une différence de niveau entre la muqueuse gastrique et le fond de l'ulcération à peu près 3 à 4 millimètres); de cette différence de niveau résultait un petit cul de sac formé par la rencontre de la muqueuse et du péritoine, dans ce cul de sac séjournait du liquide gastrique.

38. M. Thierry présente un *Cancer de l'Œsophage* ayant perforé la bronche gauche ; le malade avait des accès de suffocation par pénétration dans la bronche des parcelles alimentaires et des liquides ; il est mort d'inanition.

39 Rapport sur la candidature de M Assaky au titre de membre adjoint de la Société anatomique : par M. A. Broca, Prosecteur de la Faculté.

Parmi les diverses observations que M. Assaky a présentées à la Société je ne veux en rappeler qu'une, qui a trait à une variété rare de fracture de la cavité glenoide de l'omoplate.

Il s'agit d'un homme âgé qui, apres une chute sur le moignon de l'épaule, se vit dans l'impossibilité de se servir du bras correspondant et présenta comme cela se voit fréquemment en pareil cas, un ensemble de signes qui firent penser à une luxation humérale. Je relève dans le tableau clinique un symptôme qui, s'il est confirmé par les observations ultérieures, peut acquérir une certaine valeur diagnostique : je veux parler de la douleur persistante que ressentait le malade dans l'épaule, malgré l'immobilisation exacte du bras. Cette douleur augmentait à l'occasion des mouvements volontaires, mais ne cessait pas avec eux, comme cela est usuel dans les luxations de l'epaule.

Le malade ayant succombé à une pleuro-pneumonie un mois environ aprés l'accident, on découvrit à l'autopsie une fracture de la cavité glénoide, avec intégrité absolue de l'humérus ; il s'agissait donc dans ce cas d'une fracture indirecte de l'omoplate, dans laquelle la tete humérale avait servi à transmettre la violence tout en restant indemne ; d'un de ces cas par conséquent, dont J. L. Petit niait l'existence, en se basant, il est vrai, sur des vues théoriques.

La cavité glenoide était séparée en trois fragments par trois traits un peu courbes convergeant vers sa partie centrale : il s'agit là d'une fracture etoilée dont Garlt n'a pu trouver un exemple certain.

Les fragments avaient subi l'action des muscles auxquels ils donnaient insertion, et ce déplacement, qui d'une façon générale avait été revoqué en doute, pour les fractures du scapulum, n'est pas sans analogie avec le chevauchement des fragments décrit et figuré par Malgaigne dans son traité des fractures.

La consolidation était partielle et imparfaite ; nulle au niveau de la cavité articulaire, elle réunissait, un peu plus loin, les trois fragments au moyen d'un cal fibreux contenant de nombreuses jetées osseuses.

M. Perrin est nommé *membre correspondant*.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

IV. Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur le broiement de la tête fœtale; par le Dr E. Bonnaire. Thèse Paris, 1885.

V. Pathologie et traitement des affections puerpérales ; par H. Fritsch, trad. par E. Lauwers et E. Hertoghe. Paris, G. Carré, et Bruxelles, A. Manceaux, 1885.

VI. Manuel de la sage-femme; par E. Gallois. — J. B. Baillere. — Paris, 1886.

IV. Quelle est la résistance opposée par la tête fœtale aux pressions exercées sur elle pour la broyer ? Suivant quel mécanisme et dans quelles conditions les différents modes de broiement réalisent-ils le mieux la réduction de cette tête ? Telles sont les questions que le Dr Bonnaire s'est proposé de résoudre dans sa thèse inaugurale.

Son travail est divisé en deux parties.

La première est une excellente étude anatomique de la tête du fœtus au point de vue de sa résistance. La voûte, la base, la face sont envisagées dans le mode d'agencement de leurs os, dans leur développement, dans leur résistance suivant les différents diamètres, enfin dans leur connexions réciproques, et l'auteur montre qu'à l'égard du broiement c'est la base qui est la partie importante du squelette crânien. Le corps du sphénoide est la clef de voûte du crâne : c'est à lui que toutes les pressions exercées sur la tête aboutissent : en avant, par les pyramides orbito-sphénoidales, en arrière par les rochers. Des fibro-cartilages interposés entre les massifs osseux de la base lui donnent une certaine élasticité qui entre surtout en jeu dans les compressions transversales et gêne le broiement dans ce sens ; lorsqu'au contraire la base est saisie suivant un diamètre antéro-postérieur ou oblique, l'élasticité est moindre et le broiement plus facile.

De ces considérations anatomiques résulte : « 1° Que toute la résistance du crâne réside dans la base ; 2° Que la cohésion de la base dépend de l'intégrité du corps du sphénoïde ». Pour exécuter un broiement efficace, il faudra donc, de toute nécessité, « détruire la base et spécialement son support médian ».

La deuxième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique et expérimentale du broiement. C'est principalement sur la céphalotripsie et la basiotripsie qu'ont porté les recherches du Dr Bonnaire.

Il a envisagé le broiement dans les différentes conditions de flexion ou d'extension, d'inclinaison latérale et de rotation de la tête. Des diagrammes obtenus à l'aide de coupes faites sur des moulages de têtes broyées indiquent la forme et le degré de la réduction dans les diverses applications instrumentales. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les détails complexes de sa description qui, nécessairement un peu ardue, eût peut-être gagné en clarté s'il eut plus franchement opposé l'un à l'autre le cephalotribe et le basiotribe.

Nous nous bornerons à résumer les conclusions de son intéressant travail, duquel ressort la supériorité du basiotribe Tarnier (1) sur les autres broyeurs ; elles ont trait au meilleur mode d'application de la force pour broyer la tête fœtale dans ses diverses orientations sur le bassin.

Avant tout, l'action de l'instrument devra porter sur la base du crâne.

1° *Lorsque la tête est défléchie* : la meilleure réduction s'obtiendra en dirigeant la force *perpendiculairement* d'une face à l'autre de la base : la tête, aplatie ainsi de la voûte à la base, sera réduite à un disque mince, qui, placé de champ, franchira facilement le détroit supérieur.

(1) Voir *Progrès médical*, 1884. — Le basiotribe Tarnier, par P. Bar, p. 1051 et 1071.

2° *Lorsque la tête est fléchie* : la force devra être appliquée suivant un diamètre oblique (d'une orbite à l'apophyse mastoïde du côté opposé) ou antéro-postérieurement (du front à l'occiput). L'application bitemporale est au contraire défavorable à la réduction.

3° *Lorsque la tête est dernière*, la perforation faite préalablement sur la base ayant détruit son support central, « en quelque sens que soient appliquées les branches du broyeur, la réduction de la tête fœtale à l'état de disque malléable est assurée ».

V. Il faut savoir gré à nos confrères belges, les Drs Lauwers et Hertoghe d'avoir traduit le livre du Professeur H. Fritsch, (de Breslau).

Dans cet ouvrage, l'auteur expose les résultats de son expérience personnelle sur l'infection puerpérale et sur la méthode antiseptique. Cette dernière est le seul moyen efficace de prévenir ou de combattre l'infection. Depuis qu'elle est employée dans les maternités, la fièvre puerpérale a disparu. Aussi le devoir strict de toute personne qui se livre à la pratique des accouchements est-il de s'astreindre aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Nous passons sur l'introduction, toute d'historique, et sur les intéressants chapitres consacrés au mode de développement de l'infection puerpérale, à ses manifestations cliniques, etc. Si les recherches bactériologiques n'ont pu réussir à isoler et à cultiver les bactéries de la fièvre puerpérale, les connaissances acquises sur le principe infectieux sont suffisantes pour dicter au praticien sa règle de conduite. Aussi Fritsch s'arrête-t-il longuement sur la prophylaxie avant et après l'accouchement et sur le traitement des accidents puerpéraux. Il faut lire les détails minutieux dans lesquels il ne craint pas d'entrer à ce sujet. Il insiste particulièrement sur l'asepsie des mains qui devront être lavées et brossées à plusieurs reprises, et désinfectées dans un liquide antiseptique. Avant l'accouchement et pendant le travail, les organes génitaux externes de la femme seront très soigneusement nettoyés et désinfectés. On ne procédera que rarement au toucher. Les injections vaginales sont inutiles; toutefois, à la clinique, où les femmes sont soumises à de nombreux examens, ces injections deviennent de rigueur avant et après chaque toucher. — La même asepsie devra être appliquée aux suites de couches normales, durant lesquelles Fritsch proscrit les injections.

Mais dans le traitement des affections puerpérales, les injections vaginales et intra-utérines reprennent tous leurs droits. Elles ont alors une importance capitale ; l'auteur en donne la technique avec le plus grand soin. Comme antiseptiques, il préfère l'acide phénique et le sublimé. Ce dernier, qu'il reconnaît avoir été employé pour la première fois par Tarnier et d'autres accoucheurs français, est le plus puissant : les accidents toxiques rares qu'il peut déterminer obligent à quelques précautions : son emploi semble contre-indiqué chez les femmes atteintes d'affections rénales.

Les déchirures du périnée sont l'objet d'une description spéciale. Fritsch préconise la suture immédiate et expose très minutieusement les règles suivant lesquelles l'antisepsie doit être appliquée à ces déchirures.

L'exposé d'un projet de règlement de désinfection, à l'usage des sages-femmes de l'empire allemand et de désinfection, dans le cas de fièvre puerpérale, termine cet ouvrage dont la lecture convaincra les plus sceptiques de la nécessité de l'antisepsie en obstétrique.

VI. Signalons en terminant l'apparition d'un manuel à l'usage des sages-femmes, du Dr Gallois, de Grenoble. Ce livre renferme toutes les connaissances nécessaires à l'accoucheuse. Outre ce qui a trait à l'obstétrique, on y trouve des notions élémentaires d'anatomie et de physiologie, la description des maladies les plus communes du nouveau-né, des renseignements sur les médicaments que peut prescrire une sage-femme et des indications sur les opérations qu'elle a parfois à pratiquer, enfin un court chapitre de législation, contenant les articles de lois, arrêtés et règlements en rapport avec la profession de sage-femme.

Les qualités réelles de cet ouvrage qui est simple, clair, et suffisamment au courant de la science, son incontestable utilité, vu l'absence de tout manuel analogue, lui assurent un succès mérité. Ch. Maygrier.

CORRESPONDANCE

Hôpitaux flottants pour les varioleux.

Nous recevons la lettre suivante qui complète les renseignements donnés par notre collaborateur, M. Gilles de la Tourette, sur « les *Fever hospitats et tes hôpitaux flottants pour ta variole à Londres* » dans le N° du 9 janvier 1886 :

The
Metropolitan Asylum District Londres, 23 fév. 1886.
HOSPITAL SHIPS
Southwart

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai lu avec grand plaisir et intérêt la description très soignée et très complète du service de transport et de traitement des varioleux que M. Gilles de la Tourette a publiée dans le *Progrès médical*. Je voudrais y ajouter une remarque importante. L'expérience de la dernière épidémie a montré qu'il était inutile de choisir les cas qui devraient être transportés sur les hôpitaux flottants, et maintenant, et déjà depuis quelque temps, on conduit tous les malades directement de leurs maisons aux bateaux. L'officier médical qui visite le patient à son domicile certifie l'opportunité de l'enlèvement de la maison. Nous prenons alors la responsabilité d'en disposer au mieux que nous jugeons, et je pense que désormais *on ne traitera plus un seul cas de variole dans Londres.*

Agréez, etc., J.-A. Philip., M. D.,
River Ambulance Service.

THÉRAPEUTIQUE

Du rôle de la pancréatine dans l'économie.

Par M. Th. Dufresne.

La digestion stomacale a pour objet la désagrégation et la dissolution partielle des aliments albuminoïdes, la chymification en un mot.

« Ce qui sort de l'estomac, — dit M. E. Duclaux, — est un mélange d'éléments solides, disques de Bowman intacts, sarcoprismes à peine gonflés ou en voie de destruction et d'éléments liquides où l'on retrouve tous les degrés de transformation qui aboutissent à la peptone. » L'estomac, par rapport aux aliments azotés, remplit donc exactement le même rôle que la bouche, par rapport aux aliments amylacés : dans les deux cas, le but à atteindre est la désagrégation complète des aliments et leur dissolution qui va jusqu'à la saccharification partielle des amylacés dans la bouche, et la peptonisation partielle des albuminoïdes dans l'estomac. — Le chyme, une fois élaboré, est poussé par ondées successives dans le duodenum, où il rencontre la bile qui le neutralise et le suc pancréatique qui procède à sa révision complète. Celui-ci, favorisé par le travail préparatoire qui précède, saccharifie l'amidon, émulsionne et dédouble les graisses, et peptonise les albumines dissoutes, syntonisées ou simplement désagrégées ; son action est rapide, sinon instantanée.

Le rôle prépondérant du suc pancréatique dans la digestion n'est pas douteux, aussi peut-on prévoir les services que l'art de guérir est en droit d'attendre de la pancréatine ; si toutefois celle-ci peut séjourner au milieu du chyme acide sans être altérée et reprendre son action sur les aliments à son arrivée dans le duodenum, ou bien si, résorbée dans l'estomac, la pancréatine peut être utilisée dans l'économie et laisser des preuves de son passage dans l'organisme lui-même.

Le suc gastrique, on le sait, contient de l'acide chlorhydrique, mais après une heure de digestion, la majeure partie de cet acide, et quelquefois le tout, se combine aux

alcalis des aliments, et les acides organiques déplacés par un acide plus fort constituent désormais l'acidité du suc gastrique mixte; dans ce cas, les trois ferments de la pancréatine : myopsine, amylopsine et stéapsine, n'ont rien à redouter du chyme; quand celui-ci est saturé, la pancréatine retrouve toutes ses propriétés. (Defresne, Comptes rendus de l'Institut, t. LXXXIX.)

Nous avons cherché en combien de temps les pilules pancréatiques Defresne, protégées par une double enveloppe de cire et de sucre, se dissolvent dans l'estomac : Les lapins qui nous servirent de sujets d'expériences nous montrèrent qu'après la première heure, les pilules sont encore défendues par la couche de cire qui les protège; après la deuxième heure, elles sont ramollies et infiltrées à la circonférence, mais le noyau central est intact; après la troisième heure, nous ne les retrouvâmes plus. Si donc, le repas est léger et composé en majeure partie d'aliments azotés, il est certain que les pilules de pancréatine administrées après le repas peuvent arriver dans l'intestin avant d'être complètement dissoutes, et que la partie dissoute, elle-même, n'ayant séjourné que dans un milieu où les acides organiques dominent, peut retrouver toute son activité dans le duodenum et prêter son concours à la digestion des aliments.

Examinons le deuxième cas : Si la pancréatine est prise en poudre, au commencement du repas, elle se trouve dans un milieu chlorhydrique qui, *à priori*, semblerait lui être défavorable : car après deux heures de séjour au milieu du suc gastrique chlorhydrique, nous avons trouvé, après la saturation du milieu, la pancréatine active sur les aliments albuminoïdes et inactive sur les aliments amylacés et gras. Cependant, la pancréatine n'est pas détruite; elle est absorbée par l'estomac et laisse des traces manifestes de son passage dans l'économie comme nous allons le voir : Si nous donnons à un lapin de la pancréatine à dose massive, 0.50 centigrammes par kilogramme vivant, après la cinquième heure nous trouvons que son sang contient cinq fois plus de sucre qu'à l'état normal : une partie en est éliminée par les reins, et le lapin est devenu momentanément diabétique. Ce sucre, évidemment, a été produit par l'action de la pancréatine revivifiée sur la matière glycogène du foie; la rate, qui saccharifiait en deux heures environ deux fois son poids d'amidon, en saccharifie maintenant six et huit fois son poids, le pancréas d'un lapin normal qui saccharifiait huit fois son poids d'amidon, saccharifie après l'ingestion de la pancréatine, vingt fois son poids d'amidon.

Ces expériences physiologiques montrent bien que la pancréatine peut efficacement être administrée par l'estomac. D'ailleurs, les observations cliniques du professeur Potain, celles de M. H. Huchard, autorisent certainement le praticien à essayer l'emploi de la pancréatine, et M. [illegible] (de Stuttgard), après avoir cité quelques observations cliniques aussi nettes que concluantes, écrit :

« La pancréatine est indiquée dans les dyspepsies, à la dose de trois à cinq pilules :

1° Dans la dyspepsie atonique, c'est-à-dire dans les cas, où soit la sécrétion, soit la composition des sucs secrétés, est insuffisante.

2° Dans la dyspepsie acide laquelle résulte, comme on sait, non d'une augmentation du suc gastrique, mais de la présence d'autres acides, acide carbonique, lactique, butyrique, etc., qui se produisent après que le temps de digestion soit par la transformation anormale des aliments, soit par une hypersécrétion acide.

3° Dans la dyspepsie duodénale qui paraît avoir son siège, non dans l'estomac, mais dans la partie supérieure de l'intestin, le bol alimentaire y subissant probablement par suite de l'insuffisance des sucs de l'intestin, une fermentation qui donne naissance à des gaz.

4° Dans certains états généraux, le rachitisme, l'arthritisme, la scrofule, le diabète, etc., parce qu'ils résultent de processus qui ont de l'analogie avec ceux qui produisent la dyspepsie. (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Urbain Grandier et les Possédées de Loudun, par le Dr G. Légué; 3e édition revue et augmentée. — Paris, Charpentier, 1884.

I. Au commencement du XVIIe siècle, la ville de Loudun en Poitou était une des cités les plus importantes du royaume. Devenue place de sûreté par l'édit de Nantes, elle était habitée par une population qui se divisait en deux camps nettement tranchés, les protestants et les catholiques : les premiers, en majorité. Les seconds, jouissant de la protection royale et des avantages qui s'attachent à l'exercice des fonctions publiques. Les protestants semblaient prendre leur parti de cette situation, mais, leur haine des catholiques était toujours vivace; d'autre part, l'intolérance de ces derniers rendait de plus en plus difficile une amélioration des rapports communs. Les moines de divers ordres, en grand nombre à Loudun faisaient retentir les églises de malédictions contre les Réformés. Leur influence était grande et reléguait au second plan le clergé séculier, qui n'osait leur disputer la première place. Par les femmes, dont ils étaient les directeurs de conscience, la domination spirituelle leur appartenait sans conteste. Les choses en étaient là, lorsque les Jésuites qui, soutenus par la reine-mère, avaient déjà su acquérir en France une certaine prépondérance, résolurent de profiter de ces divisions et firent nommer à la cure de Saint-Pierre du Marché un de leurs meilleurs élèves : Urbain Grandier, né en 1590, à Bouère, bourg important situé près de Sablé, dans le diocèse du Mans. Le nouveau curé venait au commencement d'août 1617, prendre possession de son poste. D'un caractère dominateur mais grand et généreux, Grandier, une fois mis au courant des faits et gestes de la ville poitevine, ne tarda pas à entamer contre les moines une lutte d'intérêts et d'influences qui de suite lui créa des ennemis impitoyables. Doué d'un extérieur des plus séduisants, grand, bien fait, toujours vêtu avec élégance, il eut vite conquis les sympathies de la population féminine. Toutes les portes s'ouvrirent devant lui, et il ne tarda pas à devenir l'ami de l'historien Scévole de Sainte-Marthe, de Théophraste Renaudot, le grand philantrope méconnu du XVIIe siècle, de Jean d'Armagnac, gouverneur de la ville, et du procureur du roi Louis Trincant. Il est pénible de dire, qu'abusant de l'amitié dont l'honorait ce dernier, il s'en faisait bientôt un ennemi acharné en séduisant sa fille et la rendant mère. Non content de cet exploit, il ajoutait bientôt à la liste de ses succès la douce et bonne Madeleine de Brou, pour laquelle il écrivait le *Traité du célibat des prêtres*, dans lequel, à l'aide d'une argumentation digne de ses maîtres les Jésuites, il démontrait « que le vœu du prêtre ne procède pas de sa volonté, mais, lui est imposé par l'Église qui l'oblige bon gré malgré, à cette dure condition, sans laquelle il ne peut exercer le sacerdoce. » A toutes les haines que Grandier avait soulevées contre lui, allait s'ajouter celle du cardinal de Richelieu, que le curé de Saint-Pierre avait vivement froissé dans une question de préséance alors que celui-ci n'était encore qu'évêque de Luçon.

II. L'orage était prêt à éclater, lorsqu'en 1626 les religieuses de Sainte-Ursule vinrent s'établir à Loudun. La supérieure qui bientôt fut mise à leur tête se nommait Mme de Belciel, en religion sœur Jeanne-des-Anges. Agée de 25 ans, belle, hautaine, orgueilleuse, sujette à de violentes crises convulsives suivies de délire érotique, l'éclatante personnalité d'Urbain Grandier ne tarda pas à éveiller [illegible]. Au mois de juin 1631, le prieur du couvent étant venu à mourir, elle prit l'initiative de proposer au curé de Saint-Pierre de le remplacer. Contrairement à ses prévisions et à ses désirs, Jeanne de Belciel éprouva un refus. Grandier répondit que ses nombreuses occupations ne lui permettaient pas de consacrer quelques heures par jour aux fonctions qu'on voulait lui confier. L'influence qu'exerçait sur lui Madeleine de Brou fut certainement pour beaucoup dans sa détermination. Sœur Jeanne-des-Anges [illegible], dès ce moment, elle jura la perte du trop séduisant curé qu'elle ne pouvait posséder. Dès lors commence une série de tribulations et

de procès. Grandier est accusé d'impudicités sacrilèges commises dans son église : il est condamné par l'évêque de Poitiers et absous en appel sur les instances de son ami Jean d'Armagnac, par l'archevêque de Bordeaux, son métropolitain. Ses amis, devant cette coalition, lui conseillent de fuir ; mais il est trop fier et ne peut consentir à quitter Loudun, car il ne veut pas céder à ses ennemis et rompre les douces attaches qu'il a contractées. Sur ces entrefaites (1632), éclatait à Loudun une affreuse peste qui bientôt décima la population. Pendant toute sa durée, la conduite du curé de Saint-Pierre fut au-dessus de tout éloge; il se multiplia, soigna les blessés, ensevelit les morts et aida tous les malheureux de sa bourse. Quelque temps après, alors que l'affolement général n'était pas encore calmé, le bruit se répandait dans la ville que les religieuses Ursulines étaient possédées du diable. Tous les jours Mme de Belciel avait des attaques d'hystérie pendant lesquelles elle ne cessait d'appeler Grandier. Les religieuses firent pénitence, jeûnèrent, s'administrèrent la discipline; le résultat de toutes ces pratiques fut que bientôt la plupart d'entre elles eurent à leur tour des attaques convulsives. Les exorcismes commencèrent : le prieur du couvent, le chanoine Jehan Mignon, parent de Trincant et l'un des adversaires les plus acharnés de Grandier, aidé de Barré, curé de Chinon, et des moines, somma Jeanne-des-Anges de lui révéler le nom du magicien qui l'avait ainsi vouée au démon. Celle-ci, toute à sa vengeance, et, obéissant aux suggestions des ennemis du curé, l'accusa d'être l'auteur de la possession. Dès lors, les conjurés allèrent de par la ville accusant, jusque devant l'évêque de Poitiers, Urbain Grandier d'avoir commis le crime de sorcellerie et assimilant perfidement son cas à celui de Louis Gauffridi, curé des Accoules, à Marseille, brûlé vif pour avoir ensorcelé Madeleine de la Palud.

III. Sur ces entrefaites, arrivait à Loudun un agent du cardinal de Richelieu, Jean Martin de Laubardemont, chargé par celui-ci de procéder au démantèlement du château-fort, orgueil des Loudunais. Grandier avait longtemps lutté contre les projets du cardinal qui voulait édifier à côté de la cité protestante une ville catholique qui porte encore son nom. Celui-ci n'ignorait pas les menées du curé; il se rappelait l'outrage qu'il en avait reçu lorsqu'il avait dû lui céder le pas dans une question de préséance; enfin, il lui pardonnait encore moins d'avoir très probablement écrit un sanglant pamphlet contre lui : *La Cordonnière de Loudun.* Laubardemont alla voir Jeanne de Belciel, *sa parente*, et reçut avec faveur les avances des adversaires de Grandier. La vengeance du cardinal était assurée, d'autant mieux que son agent s'entendait à ces sortes de procès, ayant déjà étouffé par la flamme et le fer une épidémie de sorcellerie dans le Béarn. Aussitôt Laubardemont part pour Paris, fait un tableau outré de la possession et, malgré les protestations des amis du malheureux curé, obtient un mandat d'arrêt. Le 7 décembre 1633, Grandier était arrêté et transféré, sur un ordre de Laubardemont au château d'Angers. Les exorcismes recommencent alors de plus belle : Mignon et Barré s'adjoignent deux moines, les PP. Lactance et Tranquille, et l'église même de Saint-Pierre du Marché devient le théâtre de scènes de la plus haute impudicité. Les magiciens devant, suivant la croyance du temps, posséder des points insensibles, les malheureuses hystériques interrogées répondirent que « Grandier estoit marqué en deux endroits du corps les plus secrets, *in duobus natibus circà anum et in duobus testiculis* ». Le chirurgien Maunoury fut chargé de l'examen : il ne trouva rien, ce qui ne l'empêcha pas de faire un rapport concluant à l'insensibilité de diverses parties du corps. Ses collègues présents, indignés, signèrent une protestation que Laubardemont se garda bien d'enregistrer. Aussitôt, celui-ci constitua un tribunal de gens tarés et ambitieux, tous à la dévotion du cardinal. Grandier vit qu'il était irrémédiablement perdu ; mais, pendant toutes ces épreuves, il n'eut pas un instant de défaillance. Ferme sans être arrogant, il répondit à toutes les questions qu'on lui posa, à toutes les objurgations des malheureuses énergumènes déchaînées contre lui, qu'il était innocent des crimes imaginaires qu'on lui reprochait. Ses juges, ne pouvant lui arracher un aveu, eurent alors l'infamie de s'adresser à Madeleine de Brou pour lui demander « de confesser quelle estoit magicienne et avoit esté debauschée par le curé qui l'avoit menée au sabbat. » Dès les premiers mots du moine Grillau, à qui Laubardemont avait confié cette mission infâme, la courageuse fille comprit ce que le séide du cardinal attendait d'elle. Puisant dans l'ardent amour qu'elle avait voué au curé la force de braver tous les dangers, elle répondit par un refus hautain aux astucieuses propositions du cordelier qui avait charge de « *l'assurer d'impunité, voire quil luy feroit de grands biens* ». Laubardemont passa outre. Le vendredi 18 août 1634, à cinq heures du matin, après avoir hypocritement ordonné la veille des prières publiques pour implorer l'assistance du Très-Haut, les juges réunis au couvent des Carmes condamnèrent Urbain Grandier « duement atteint et convaincu du crime de magie, maléfice et possession arrivé par son faict ès personnes d'aulcunes religieuses Ursulines et autres séculières mentionnées au procez, à estre attaché à un pouteau et y estre son corps truslé vif avec les pactes et caractères magiques, et ses cendres jettées au vent. Auparavant que d'estre procédé à l'exécution dudit arrest ordonnons que ledit Grandier sera appliqué à la question ordinaire et extraordinaire sur la vérité de ses complices. » L'arrêt était exécutoire le jour même, car, les misérables craignaient une intervention de la population loudunoise, outrée des procédés infames de ce tribunal de vendus. Grandier montra un courage héroïque; il ne faiblit pas un seul instant; les souffrances horribles qu'il eut à endurer ne lui arrachèrent pas une plainte. Lorsqu'on l'emporta de la salle de torture où Lactance et Tranquille, faisant office de bourreaux, lui avaient broyé les os à coups de maillet, il ne sut que pardonner à ses ennemis. Alors, on vit cet incroyable et hideux spectacle de moines en furie, frappant leur malheureuse victime à coups de bâton et de crucifix, faisant des nœuds à la corde afin que Grandier fût brûlé vivant, le bourreau ne pouvant ainsi l'étrangler, et mettant eux-mêmes le feu au bûcher. « C'est ainsi que mourut, à l'âge de 44 ans, avec une résignation et un courage admirables, en rachetant par le plus effroyable des supplices quelques heures d'égarement et de faiblesse, ce prêtre dont le nom demeurera comme une éternelle et ineffaçable flétrissure à la mémoire des misérables qui l'ont jugé et des moines qui les ont assistés. »

Que dire maintenant du livre de M. le Dr Legué, dont l'éclatant succès va se confirmant tous les jours ? Ecrit au point de vue médical par un homme au courant de tous les travaux les plus récents sur l'hystérie, il nous offre une étude complète de cette névrose qui causa la *possession* des Ursulines de Loudun. Au point de vue historique, c'est une œuvre de premier ordre. M. Legué a tout fouillé : son livre, écrit dans un style élégant tout en restant scientifique, s'appuie sur des documents originaux, presque tous inédits, provenant pour la plupart, ainsi que l'auteur aime à le dire lui-même, de l'inestimable collection que M. Barbier, le savant bibliothécaire-adjoint de Poitiers, a si généreusement mise à sa disposition. Nous ne saurions qu'en recommander la lecture aux personnes désireuses de contrôler le bien-fondé des éloges que nous lui décernons sans réserves. G. GILLES DE LA TOURETTE.

Les matières grasses dans l'urine; par le Dr MONVENOUX. 2 volumes, 1100 pages, chez G. Masson, 120, boulev. St-Germain.

Le travail considérable que vient de publier le Dr Monvenoux sur les matières grasses dans l'urine, travail qui a valu à son auteur le premier prix de thèse de la Faculté, mérite, à tous égards, d'attirer l'attention du lecteur. La première série, formant la matière des deux volumes, traite des *graisses neutres* et de la *cholestérine* ; elle comprend, en outre, un exposé de l'histoire des principes gras dans l'organisme et la nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie et de l'hémato-chylurie.

Le commencement de l'ouvrage est un exposé de l'histoire des principes gras dans l'organisme envisagés successivement au point de vue physiologique et au point de vue chimique ; l'auteur les étudie dans le sang normal et pathologique ; suit leur passage dans l'urine et indique les divers moyens de les rechercher et de les doser.

La première série est divisée par l'auteur en cinq classes différentes. Il nous parle tout d'abord des principes gras de l'urine normale, de ceux que l'on rencontre chez la femme pendant la grossesse (Kyestéine) ou bien chez tous les sujets, à la suite d'une alimentation riche en graisse et termine en examinant l'influence de l'obésité sur l'apparition des matières grasses dans l'urine. La deuxième classe comprend les maladies dans lesquelles les urines deviennent graisseuses, ce symptôme dominant tous les autres ; c'est-à-dire la *chylurie* et l'*hémato-chylurie*, parasitaires ou non, avec observations cliniques et autopsies à l'appui. Le chapitre II traite de la *Lipurie*, urines graisseuses proprement dites et albumino-graisseuses ; dans le chapitre III, le Dr Monvenoux parle de l'*Elaiurie* (urines huileuses) et de la *galacturie* (urines laiteuses).

La troisième classe comprend les affections dans lesquelles la présence de la matière grasse dans l'urine est constante, mais faible ; dans cette catégorie se trouvent les urines *purulentes*, *muco-purulentes*, *muqueuses*, *sanguinolentes* et *spermatiques*.

La quatrième classe est constituée par les maladies dans lesquelles la présence des principes gras dans l'urine est exceptionnelle et d'importance secondaire : maladies de l'appareil respiratoire, d'innervation, du cœur, des voies digestives, des reins, de l'appareil locomoteur, maladies généralisées, affections cancéreuses, etc.

Dans la cinquième classe l'auteur parle de la cholestérine et termine par la pathogénie de la présence des matières grasses dans l'urine. L'étude de ces mêmes matières dans l'urine normale et pathologique des animaux fait l'objet de la deuxième partie de l'ouvrage ; l'auteur termine par la description des entozoaires de la chylurie et de l'hémato-chylurie ; de la *bilharzia hæmatobia* et de la *filaria sanguinis hominis*.

Tel est l'exposé du travail considérable entrepris et mené à bonne fin par le Dr Monvenoux. De très belles planches hors texte en gravure et photo-micrographie permettent de suivre facilement les descriptions ; nous conseillons vivement la lecture de cet ouvrage à tous ceux qui considèrent l'examen des urines comme un élément important et souvent indispensable du diagnostic. P. YVON.

Syphilis laryngée. Emploi de l'acide chromique dans l'œdème de la glotte ; par SCHIFFERS (1).

Parmi les nombreux travaux qui ont été communiqués dans le courant de l'année à la Société médico-chirurgicale de Liège, nous relevons les faits suivants relatifs aux maladies des oreilles et du larynx. Le Dr Schiffers, de Liège, rapporte l'observation d'un malade qui était atteint de syphilis papuleuse du tronc et de l'abdomen ; quelques semaines après, il fut pris de troubles de la voix. L'épiglotte était gonflée au point d'obstruer presque complètement l'orifice du larynx. Les cautérisations au nitrate d'argent n'ayant amené aucun changement des parties œdématiées, l'auteur eut recours aux badigeonnages de la muqueuse laryngée avec une solution d'acide chromique au 1/6e. Après 4 ou 5 cautérisations de cet agent, la tuméfaction disparut presque complètement.

Anomalie de l'oreille droite avec intégrité du labyrinthe ; par MOOS. (*Archives of otology*).

Le pavillon retourné en avant est soudé par sa partie moyenne au tragus ; la perception osseuse est conservée, mais la voix n'est pas entendue. L'auteur pense que cette anomalie est due à une circulaire du cordon.

(1) *Annales de la Société Médico-chirurgicale de Liège*, 23e année, n° 12, p. 465.

VARIA

Des premières molaires supérieures.

Ces dents, dont l'éruption se fait vers six ans et demi ont, comme les inférieures, une couronne volumineuse, assez régulièrement cuboïde, à angles arrondis, et armée de quatre à cinq cuspides. Les racines sont au nombre de trois, ordinairement divergentes, quelquefois recourbées en crochet et embrassant une portion plus ou moins grande de l'os maxillaire.

Plus volumineuses que les deux autres, dans les races supérieures, les racines sont aussi plus grosses, plus longues et plus



Fig. 25 et 26.

divergentes. La racine palatine est toujours plus longue, plus ronde que les deux autres, et se porte toujours obliquement en dedans de la bouche. Le canal de cette racine est facilement perméable à un outil fin comme une aiguille, les deux autres le sont peu, pour ne pas dire point, chez l'adulte au moins. La face *mésiale* est plus large et plus aplatie chez ces dents que la *distale*. La face *buccale* ou *palatine* est plus ronde et moins large que la face vestibulaire. Sur la face palatine de la couronne de ces dents se trouve un sillon qui, partant du point où se réunissent les deux cuspides internes, se continue sur la racine où il forme une espèce de petite gouttière. Ce sillon est rare sur les autres molaires, s'il existe quelquefois sur la seconde, il ne se poursuit pas sur la racine.

Pour extraire ces molaires, en raison de leur conformation et de leur implantation dans le maxillaire, un davier unique, quoique pouvant être quelquefois utilisé à défaut d'autres spéciaux, est plus souvent nuisible qu'utile.

Deux daviers, un pour le côté droit, un pour le côté gauche, et dont les mors sont faits pour saisir la dent à son lieu d'élection, sont indispensables pour mener à bonne fin l'avulsion de ces dents. Les *fig.* 25 et 26 représentent ces daviers. Les mors placés à angle



Fig. 27.

droit sur les manches présentent, l'un une pointe destinée à se fixer entre les deux racines vestibulaires ou antérieure et postérieure, l'autre présente une gorge destinée à recevoir la racine pa-

latine. La forme bayonnette de ces daviers permet à l'opérateur de saisir la dent suivant son axe, sans léser avec les manches, les dents de la mâchoire inférieure.

Pour extraire ces molaires, pour l'un comme pour l'autre côté, prendre le davier bien en main d'après les principes énoncés ailleurs. Puis, par des mouvements de latéralité, les mors étant déjà sur la gencive, écarter celle-ci et bien fixer son davier sur la dent, au collet Serrer alors fortement avec l'instrument. Porter ensuite la main à droite ou à gauche, suivant le côté à extraire, c'est-à-dire la rapprocher de la ligne médiane, puis, lorsque l'on sent les deux racines extérieures détachées, ramener en dehors la main et tirer la dent à soi, non plus dans son axe, mais bien en suivant une ligne parallèle à la racine palatine, sans quoi, elle se brisera.

Par une inadvertance quelconque, la dent vient-elle à se briser, ayez recours alors à l'élévateur que l'on saisit à pleine main, mais en mettant l'index sur la face plane et le pouce sur la face convexe, si l'on attaque la face mésiale d'une dent côté gauche ou côté droit, et inversement si c'est la face distale comme nous l'avons dit ailleurs.

A l'aide de cet instrument sortiront facilement les racines externes, qu'on prendra avec la pince bayonnette. Celle-ci sera aussi d'un grand secours pour saisir la racine palatine restée isolée, car l'élévateur est pour elle d'un mauvais emploi.

La *fig.* 27 nous montre une molaire supérieure droite saisie par le davier, la main de l'opérateur en place. GUILLOT.

Institut Pasteur.

La commission nommée dans la séance de l'Académie des sciences du 1er mars 1886, s'est réunie et a pris des décisions que M. Vulpian s'est chargé de porter à la connaissance de l'Académie, à la séance de lundi dernier.

Voici ces décisions : *Fondation d'un établissement pour le traitement de la rage.* — La commission nommée par l'Académie des sciences, dans sa séance du 1er mars 1886, a adopté à l'unanimité le projet suivant : — *Art.* 1er. Un établissement pour le traitement de la rage après morsure sera créé à Paris, sous le nom d'Institut Pasteur. — *Art.* 2. Cet institut admettra les Français et les étrangers mordus par des chiens ou autres animaux enragés. — *Art.* 3. Une souscription publique est ouverte en France et à l'étranger pour la fondation de cet établissement. — *Art.* 4. L'emploi des fonds souscrits sera fait sous la direction d'un comité de patronage composé de : MM. l'amiral Jurien de la Gravière, président de l'Académie des sciences ; Gosselin, vice-président de l'Académie des sciences ; Bertrand, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; Pasteur, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences; Vulpian, membre de l'Académie des sciences ; Marey, membre de l'Académie des sciences ; Bert, membre de l'Académie des sciences ; Richet, membre de l'Académie des sciences ; Charcot, membre de l'Académie des sciences ; Hervé-Mangon, membre de l'Académie des sciences ; De Freycinet, membre de l'Académie des sciences; Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ; Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts ; Jules Simon, membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques; Magnin, gouverneur de la Banque de France ; Christophle, gouverneur du Crédit foncier ; Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut ; Béclard, doyen de la Faculté de médecine, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France ; Grancher, professeur à la Faculté de médecine. — *Art.* 5. Les souscriptions sont reçues à la Banque de France et dans ses succursales ; au Crédit foncier et dans ses succursales ; chez les trésoriers-payeurs généraux ; chez les receveurs particuliers et les percepteurs. Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel.*

Faculté de médecine de Paris (*année scolaire* 1885-86).

COURS D'ÉTÉ.

Les cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 *mars* 1886. *Cours théoriques : Histoire naturelle médicale.* M. BAILLON. Les plantes employées en médecine; lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (grand Amphithéâtre). — *Physiologie.* M. BÉCLARD. La circulation. La respiration. Le sang. La chaleur animale ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (grand Amphithéâtre). — *Pathologie chirurgicale.* M. GUYON. Les luxations et les fractures ; lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (grand Amphithéâtre). — *Médecine légale.* M. BROUARDEL. Déontologie médicale. Asphyxies de cause mécanique. Pendaison. Strangulation. Suffocation. Submersion. Infanticide ; lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (petit Amphithéâtre). — *Pharmacologie.* M. REGNAULD. Généralités sur la pharmacologie. Etude spéciale des médicaments considérés au point de vue de la chimie et de l'art de formuler; mardi, jeudi, samedi, à midi (petit Amphithéâtre). — *Pathologie et Thérapeutique générales.* M. BOUCHARD. Troubles fonctionnels des grands appareils ; leur rôle pathogénique; mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (petit Amphithéâtre). — *Pathologie interne.* M. DAMASCHINO. Les scléroses de la moelle. Les maladies du mésocéphale et des nerfs périphériques ; mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (grand Amphithéâtre). — *Pathologie expérimentale et comparée.* M. VULPIAN. Etudes de pathologie expérimentale sur les sécrétions et sur la circulation ; mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (grand Amphithéâtre). — *Accouchements, maladies des femmes et des enfants.* M. TARNIER. Accouchement prématuré artificiel. Opération césarienne. Pathologie de la grossesse ; lundi, mercredi, vendredi, à midi (grand Amphithéâtre. — *Hygiène.* M. PROUST. Hygiène et assainissement des villes. (La ville de Paris en particulier); mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (grand Amphithéâtre). — *Thérapeutique et matière médicale.* M. HAYEM. Les grandes médications : antiseptique, sthénique, antipyrétique, antiphlogistique, etc.; lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (petit Amphithéâtre). — *Exercices pratiques de médecine légale à la Morgue.* M. BROUARDEL. Exercices pratiques à la Morgue ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures.

Cliniques : Cliniques médicales. MM. G. SÉE. Cliniques médicales, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). M. HARDY. Cliniques médicales, mardi et samedi, à 10 heures (à la Charité). M. POTAIN. Cliniques médicales, lundi et vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker) M. JACCOUD. Cliniques médicales, mardi et samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié). — *Cliniques chirurgicales.* M. RICHET. Cliniques chirurgicales, mardi et samedi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu). M. VERNEUIL. Cliniques chirurgicales, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Pitié). M. TRÉLAT. Cliniques chirurgicales, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à la Charité). M. LE FORT. Cliniques chirurgicales, mardi et jeudi, à 9 h 1/2 (à l'hôpital Necker). — *Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale.* M. BALL. Clinique de Pathologie mentales et des Maladies de l'encéphale, dimanche et jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne). — *Clinique des Maladies des enfants.* M. GRANCHER. Clinique des Maladies des enfants, mardi et samedi, à 10 h. (à l'hôpital des Enfants-Malades). — *Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées.* M. FOURNIER. Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées, mardi et vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis). — *Clinique des Maladies du système nerveux.* M. CHARCOT. Clinique des Maladies du système nerveux, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière). — *Clinique ophthalmologique.* M. PANAS. Clinique opthalmologique, lundi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu). — *Clinique d'accouchements.* M. PAJOT. Clinique d'accouchements, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/2 (à la Clinique de la Faculté). Visite des malades tous les matins.

Cours auxiliaires : Pathologie interne. M. JOFFROY, agrégé. Maladies générales. Pyroxies. Intoxications ; Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (amphithéâtre Laennec). — *Pathologie externe.* M. HUMBERT, agrégé. Maladies générales chirurgicales. Maladies chirurgicales des membres ; mardi, jeudi, samedi, à 4 h. (amphithéâtre Laënnec).

Cours complémentaires : Chimie médicale. M. HANRIOT, agrégé. Principaux métaux employés en médecine. Chimie organique; lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures 3/4 (grand amphithéâtre). — *Histoire naturelle.* M. Raphael BLANCHARD, agrégé. Insectes et vertébrés intéressant la médecine ; jeudi, samedi, à 1 heure (grand amphithéâtre). — *Physique.* M. GARIEL, agrégé. Instruments d'optique. Electricité. Magnétisme. Actions moléculaires; mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (petit amphithéâtre). — *Physiologie.* M. REYNIER, agrégé. Les organes des sens ; mardi, samedi, à 5 heures (amphithéâtre Laënnec). — *Anatomie pathologique.* M. HANOT, agrégé. Lésions des systèmes cardio-vasculaire et lymphatique; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique, ancien collège Rollin). — *Accouchements.* M. PINARD, agrégé. Dystocie; mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Travaux pratiques : Chimie. M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de chimie, mardi, jeudi, samedi, de 7 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Physique.* M. GUÉBHARD, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques de physique, mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures. — *Histoire naturelle.* M. FAGUET, chef des Travaux. Travaux pratiques d'histoire naturelle, lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1/2 du matin. — *Physiologie.* M. LABORDE, chef des travaux. Démonstrations de physiologie expérimentale ; mardi, jeudi, samedi, à 1 heure 1/2. — *Histologie.* M. RÉMY, agrégé, chef des travaux. Travaux pratiques d'histologie, mardi, jeudi, samedi, de 3 heures à 5 heures. — *Médecine opératoire.* M. FARABEUF, agrégé, chef des Travaux anatomiques. Exercices de médecine opératoire, tous les jours, de

1 heure à 4 heures. — *Anatomie pathologique.* M. GOMBAULT, chef des Travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique, tous les jours, à 2 heures.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 15. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie, 1re *Série.* MM. Guéniot, Terrier, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Le Dentu, Nicaise, Pinard. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat,* 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Dieulafoy, Rendu.

MARDI 16. — 2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Ball, Mathias-Duval, Campenon. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Delens, Berger, Charpentier. — 2e partie : MM. G. Sée, Cornil, Hanot.

MERCREDI 17. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Lutz, Pouchet.—2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Nicaise, Terrier, Kirmisson. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Guéniot, Reclus.

JEUDI 18. — 2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Richelot. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Pajot, Duplay, Bouilly ; — 2e partie : MM. G. Sée, Peter, Troisier. — 4e *de Doctorat,* 1re *Série* : MM. Brouardel, Grancher, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Debove.

VENDREDI 19. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard. — 2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Le Dentu, Nicaise, Reynier; — 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Rémy. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Guéniot, Terrier, Kirmisson.

SAMEDI 20. — 2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Sappey, Cornil, Campenon. — 3e *de Doctorat,* 2e partie, 1re série : MM. Jaccoud, Lancereaux, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Duguet, Hutinel. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Berger, Delens, Charpentier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 16. — M. Assaki. De la suture des nerfs à distance. — M. Davilé. Pleurésie et périsplénite dans la fièvre typhoïde. — *Mercredi* 17. — M. Villejean. Recherches expérimentales sur les propriétés chimiques et physiologiques du chlorure de méthylène. — *Jeudi* 18. — M. Feuilletaud. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche. — M. Deriencourt. Contribution à l'étude des phlegmons profonds de la paroi antérieure de l'abdomen.— *Vendredi* 19. — M. Lougnon. Essai sur une variété d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite décroissante et entretenues par elle. — M. Brossard. Etude clinique sur une forme héréditaire d'atrophie musculaire progressive débutant sur les membres inférieurs. —*Samedi* 20 : M. Bettencourt. Contribution à l'étude des réflexes chez les paralytiques généraux. — M. Legendre. Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde.

Enseignement médical libre.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le jeudi 18 mars, à 4 heures, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses micrographiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les manipulations. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Chatelet, de midi et demi à 1 heure.

Cours public et gratuit d'urologie. — Le Dr H. PICARD commencera ce cours le dimanche 14 mars à 10 heures, 13, rue Suger, et le continuera les dimanches suivants à la même heure Ce cours essentiellement pratique aura lieu en six leçons.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 février 1886 au samedi 6 mars 1886, les naissances ont été au nombre de 1237 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 448; illégitimes, 159 Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 470, illégitimes, 160. Total, 630.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881, 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 février 1886 au samedi 6 mars 1886, les décès ont été au nombre de 1320, savoir : 688 hommes et 632 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde: M. 12, F. 10. T. 22. Variole : M 7, F. 2. T. 9. — Rougeole : M. 7, F. 13, T. 20 — Scarlatine : M. 2. F. 2 T. 4. — Coqueluche : M. 5. F. 3. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 32 F. 21, T. 53. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 1 T. 3. — Infections puerpérales : 7. — Autres affections épidémiques : M. ., F ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 27 F. 18, T. 45. — Phthisie pulmonaire : M. 151, F. 101 T. 252. — Autres tuberculoses: M. 17, F. 15. T. 32. — Autres affections générales : M. 25, F. 49. T. 74 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 39, T. 64. — Bronchite aiguë: M. 25, F. 28, T. 53. — Pneumonie : M. 94, F. 82, T. 176. — Athrepsie : M. 30, F. 30 T. 60. — Autres maladies des divers appareils : M. 198 F. 194, T. 392. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 16, F. 10. T. 26. — Causes non classées M. 13, F. 7, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription: 99 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 46; illégitimes, 14. Total : 60. — *Sexe féminin :* légitimes, 21 ; illégitimes, 18. Total : 39.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. FAUVEL (Henri) est chargé pour un an des fonctions de préparateur d'hygiène en remplacement de M. Barth, démissionnaire.

Clinique ophtalmologique. M. le Dr PANAS a commencé le 11 mars à l'Hotel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), à 3 heures, des démonstrations d'anatomie miicroscopique normale et pahologique des yeux à l'aide de projecttons. Il les continuera les jeudis et samedis à la même heure. — *Cours de physiologie.* M. le professeur BÉCLARD commencera ce cours, le lundi 22 mars, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Les leçons du vendredi, consacrées aux démonstrations, auront lieu dans les nouveaux bâtiments de l'Ecole pratique (rue de l'Ecole-de-Médecine) au pavillon n° 8.— *Ecole pratique : Exercices de médecine opératoire,* sous la direction de M. FARABEUF, agrégé, chef des Travaux anatomiques. M. le Dr POIRIER, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 16 mars 1886, à 1 heure précise, pavillon n° 3. — *Cours de pathologie chirurgicale.* M. le professeur GUYON commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 22 mars 1886, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. RÉMY, agrégé, chef des Travaux. Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le samedi 3 avril 1886, et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine. de 3 heures à 5 heures de l'après-midi (Ecole pratique, numéro 2, rue Vauquelin). — Les Travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de troisième année (les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces Travaux). Les élèves auront à se munir des objets indiqués par M. le chef des travaux. Les inscriptions seront reçues, de midi à 4 heures de l'après-midi, au bureau du surveillant général de l'école pratique, du lundi 15 mars au mercredi 31 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée. MM. les étudiants de troisième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— MM. les professeurs agrégés libres Cruveilhier, Tarnier, Nicaise, Delens, Berger et Guéniot sont rappelés à l'exercice jusqu'à la fin du concours d'agrégation de médecine (section de chirurgie et d'accouchements).

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. WOLFF, docteur ès sciences, chargé d'un cours de physique céleste à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un concours pour un emploi de chef de clinique ophtalmologique s'ouvrira le lundi 19 avril 1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — Un congé de trois mois, avec traitement, est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Perravex, préparateur de zoologie à la Faculté des sciences de Dijon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — M. DAMIEN, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Lille, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. MACÉ DE LÉPINAY, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie, s'ouvrira le 13 mars courant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. PRÉNANT, préparateur d'histoire naturelle, est nommé chef des travaux pratiques d'histologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. SAINT-LOUP (Rémy), docteur ès sciences, est nommé préparateur de zoologie en remplacement de M. Gounet.

ECOLE DES SCIENCES D'ALGER. — M. POMEL, professeur de géologie, est maintenu comme directeur de ladite école pour une période de trois ans.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. TEXIER, professeur de pathologie interne, est maintenu pour trois ans dans les fonctions de Directeur de ladite école.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale s'ouvrira le 6 décembre 1886, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale s'ouvrira le 15 novembre 1886 devant la Faculté de Lyon.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine de Limoges s'ouvrira le 6 décembre 1886 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

ECOLE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. FILLION est nommé préparateur des cours de pharmacie chimique et galénique en remplacement de M. Frache, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Deux concours vont s'ouvrir devant la Faculté de médecine de Paris pour les deux places suivantes : le premier aura lieu le 22 novembre 1886 pour l'emploi de suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale ; le second le 13 décembre 1886, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales. — En outre, le 8 novembre 1886, aura lieu devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris un autre concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicales.

ECOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES DE PARIS. — Un concours s'y ouvrira le 1er juin 1886 pour deux emplois de professeur agrégé en chirurgie. — Les médecins majors sont seuls admis au concours. — Adresser, pour pouvoir concourir, une demande au ministère de la guerre *par voie hiérarchique*. On demande l'avis motivé des chefs.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Le 13 décembre 1886, s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Paris un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'Ecole de médecine de Tours.

— Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Tours s'ouvrira le 22 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris. — Un autre concours s'ouvrira aussi le 22 novembre 1886 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à la même Ecole. — M. WOLFF, chef des travaux cliniques, est chargé en outre, pour l'année 1885-1886, d'un cours de physique.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le collège des professeurs de l'Université de Vienne (Faculté de médecine) a nommé une commission composée de MM. les professeurs Billroth et Dittl, de MM. Scheff et Steinberger, privat-docents d'odontologie, avec mission d'élaborer le plan d'une école dentaire.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — *Conférences scientifiques*. (Grand amphithéâtre de la Sorbonne). — M. le Dr P. REGNARD, professeur à l'Institut national agronomique, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, fera le samedi 10 avril une conférence sur le *Délire des grandeurs*.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 4 mars 1886, le comité consultatif du service de santé militaire a été constitué de la façon suivante : M. le Dr Didiot, inspecteur général, président ; MM. les médecins inspecteurs Perrin, Colin, Gaujot et M. le pharmacien inspecteur Coulier, membres ; M. le Dr Chambé, secrétaire.

MÉDECINS-DEPUTÉS. — M. le Dr de SUSINI a été élu député de la Corse aux dernières élections.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. J.-B. ROLLAND est chargé comme naturaliste d'une mission à Madagascar, en vue d'y entreprendre des études de minéralogie, botanique, zoologie et anthropologie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. GUITEL, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'anatomie et de physiologie comparées, en remplacement de M. Fourment, démissionnaire.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le professeur VON FRISCH (de Vienne) va être envoyé à Paris en mission pour étudier les méthodes de M. Pasteur.

TRAITEMENT DES ATTAQUES D'HYSTÉRIE. — D'après *The medical Record* (N. Y.) du 14 février 1886 (p. 183), le professeur Laschkewitch aurait trouvé que l'on pouvait tirer bénéfice de l'oxygène dans le traitement des attaques d'hystérie et d'hystéro-épilepsie. Il pense que l'oxygène diminue l'excitabilité nerveuse.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr HERMANN VON CHAMISSO, (de Berlin). — M. le Dr COOPER FORSTER, ex-président du collège royal des chirurgiens d'Angleterre. — M. le Dr BOCHEFONTAINE, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'Hotel-Dieu et du laboratoire de médecine expérimentale à la Faculté de médecine, officier d'académie, mort prématurément à l'age de 48 ans. On se rappelle que pendant la dernière épidémie de choléra, il voulut prouver la non contagion de cette maladie, en absorbant une pilule composée de déjections d'un cholérique. Collaborateur de Vulpian et G. Sée, physiologiste distingué, il a publié un grand nombre de mémoires, communiqués surtout à la Société de Biologie. — M. Félix LEBLANC, professeur de chimie à l'école centrale, collaborateur de Dumas, auteur de plusieurs travaux remarqués dans les sciences chimiques et notamment sur l'oxyde de carbone. — M. le Dr GERNATH, médecin-major en retraite à Vienne. — M. le Dr OBEDENARE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr BONNACORSI, médecin principal en retraite.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

BRISSAUD. I. **Stomalité et endocardite infectieuses. — II. Localisation cérébrable dans un cas d'ostéite syphilitique du crâne.** Broch. in-8 de 20 pages. Prix : 75 c. Pour nos abonnés. . . . . . 50 c.

TAMONSKI (D.) — **Altérations de la moelle épinière causées par l'élongation dn nerf sciatique.** Broch. in-8 de 62 pages et 1 planche hors texte. — Prix : 2 fr. 50. Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 65 c.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

CHALLAND-BELVAL. — Au Tonkin. Volume in-18 de 408 pages. — Prix : 1 fr. 50

HELMHOLTZ (H.). — Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan. Traduit de l'allemand par le Dr RATTEL (J.-A.). Brochure in-4° de 56 pages, avec 42 figures. — Prix : 4 fr.

VIRY (Ch.). — Manuel d'hygiène militaire. Volume in-18 de 304 pages, avec 42 figures dans le texte.

HART et BARBOUR. — Manuel de gynécologie. Traduit sur la 2e édition anglaise par M. le Dr CROUZAT, avec une préface de M. le Dr BUDIN. Volume in-8, avec 400 figures et 9 planches. — Prix : 14 fr.

PLUGGE (P.-C.). — Overzicht van de Wisselende Chemische Samenstelling en Pharmacodynamische Waarde van eenige belangrijke Geneesmiddelen. Brochure in-4 de 113 pages, avec 20 tableaux hors texte. — Amsterdam, 1885. — Van Rossen.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 20 MARS 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

QUATRIÈME LEÇON (1).

La découverte de la bactéridie charbonneuse (*Suite*).

SOMMAIRE. Davaine déclare la « bactéridie » comme la cause du charbon. — Elle est constante dans le sang charbonneux. — La virulence du sang charbonneux disparait quand disparait la bactéridie. — Action de la putréfaction sur le sang charbonneux. — Expériences contradictoires de Leplat et Jaillard. — Ils confondaient les effets de l'inoculation d'un sang charbonneux *frais* avec ceux d'un sang charbonneux *putréfié*. ils provoquaient une septicémie et non le charbon. — Davaine établit les premières distinctions fondamentales entre le charbon et les septicémies. — Virulence du sang charbonneux à doses infinitésimales. — Davaine aborde l'étude de l'étiologie proprement dite du charbon ; il attribue aux mouches le rôle principal dans la propagation du charbon chez les animaux. — Le mystère du problème étiologique subsiste.

Messieurs,

La première communication de Davaine à l'Académie des sciences date de 1863 (2) ; il rappelle d'abord la constatation qu'il fit, dès 1850, en commun avec Rayer, de la présence dans le sang de moutons charbonneux de « corps filiformes particuliers. »

« Je pensai dès lors, dit-il, à vérifier lorsque l'occasion s'en présenterait, ce fait de l'existence d'infusoires filiformes chez le mouton atteint de sang de rate et à rechercher si le développement d'êtres microscopiques assez voisins des conferves ne serait point la cause de la détérioration du sang et consécutivement de la mort de l'animal. L'occasion ne s'était pas encore offerte et d'autres soins ne m'avaient pas permis de la chercher, lorsque M. Pasteur, en février 1861, publia son remarquable travail sur le ferment butyrique, ferment qui consiste en petites baguettes cylindriques, possédant tous les caractères des vibrions ou des bactéries. Les corpuscules filiformes que j'avais vus dans le sang des moutons charbonneux ayant une grande analogie avec ces vibrions, je fus amené à examiner si des corpuscules analogues ou du même genre que ceux qui déterminent la fermentation butyrique, introduits dans le sang d'un animal, n'y joueraient pas de même le rôle d'un ferment.

« Ayant disposé du sang d'un mouton charbonneux, renfermant une immense quantité de bactéries immobiles, j'inoculai immédiatement de ce sang à deux lapins et un rat blanc, bien portants et ayant leur sang normal. 24 heures après, ces animaux n'offraient aucun changement dans leur apparence : leur sang était sain et ne contenait aucun bactérium. 43 heures après l'inoculation, l'un des lapins fut trouvé mourant ; je me hâtai d'examiner son sang et j'y constatai la présence d'une énorme quantité de bactéries identiques avec celles du mouton. Le nombre de ces corpuscules était tel que je ne puis en donner bien une idée qu'en le comparant aux myriades de filaments spermatiques dans la semence des animaux.

« Le sang du deuxième lapin, examiné 48 heures après l'inoculation, n'offrit aucun infusoire ; le lendemain l'animal mourut inopinément, 63 heures après l'inoculation ; son sang, examiné une demi-heure après, contenait aussi un nombre considérable de bactéries en tout semblables aux précédentes. Un troisième lapin, inoculé avec le sang du premier et pendant que ce sang était encore frais, mourut au bout de 17 heures, après une très courte agonie ; le sang contenait les mêmes bactéries que le précédent.

« Le rat fut inoculé une deuxième fois avec le sang du premier lapin ; néanmoins il est encore vivant et n'offre rien de particulier dans son sang.

« Les *bactériums* du *sang de rate* sont des filaments libres, droits, raides, cylindriques, d'une longueur variable entre 4 et 12 millièmes de millimètres, d'une minceur extrême. Les plus longs offrent quelquefois une et très rarement deux inflexions à angle obtus. Lorsque le sang se putréfie, les traces de leur segmentation deviennent plus visibles ; ils s'infléchissent et se divisent par segments. Ils disparaissent complètement lorsque le sang est tout à fait en putréfaction. Ce fait seul les séparerait nettement de toute cette catégorie d'infusoires qui se forment dans les matières en putréfaction, si d'ailleurs ils ne s'en distinguaient déjà par leur développement dans du sang vivant, pour ainsi dire, et sans aucune odeur caractéristique.

« Il y a longtemps que des médecins ou des naturalistes ont admis théoriquement que les maladies contagieuses sont déterminées par des animalcules invisibles ou par des ferments, mais je ne sache pas qu'aucune observation positive fût jamais venue confirmer ces vues. Je n'aborderai pas aujourd'hui la question de savoir si les bactéries du *sang de rate* jouent chez le mouton et chez les animaux inoculés le rôle de ces animalcules ou le rôle d'un ferment. Je me borne pour le moment à signaler un fait que je crois nouveau. L'examen de six animaux atteints ou morts de *sang de rate* a montré six fois dans leur sang les mêmes êtres microscopiques. Ces corpuscules se sont évidemment développés pendant la vie de l'animal infecté et leur relation avec la maladie qui a entraîné la mort ne peut être mise en doute. »

La portée de cette communication réside moins dans les faits eux-mêmes, établis déjà par Braucll et Delafond, comme nous l'avons vu, que dans l'interprétation de ces faits : éclairé par les récentes découvertes de M. Pasteur, Davaine prend hardiment position, et plus pénétrant que ses prédécesseurs, il pressent le rôle étiologique des filaments charbonneux.

Dans une note parue quelques semaines plus tard (1), Davaine relate quatorze nouvelles expériences faites sur des lapins ; les bâtonnets furent observés constamment dans le sang, deux, quatre et cinq heures avant la mort de l'animal inoculé. Dans plusieurs de ces cas, du sang pris sur l'animal encore vivant a transmis la maladie. D'autre part, tant que les bactéries n'ont pas paru dans le sang, ce sang peut être inoculé impunément, il n'est pas virulent. Davaine ajoute à ces faits les réflexions suivantes : « Il n'est pas besoin, je pense, de faire ressortir par un résumé des faits exposés le rôle des bactéries du *sang de rate*. Personne, sans doute, dans l'état actuel de la science, ne cherchera en dehors de ces corpuscules l'agent de la contagion, agent mystérieux, insaisissable, qui se développerait et se détruirait dans les mêmes conditions que les bactéries, qui jouirait des mêmes propriétés physiologiques

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4 et 6.

(2) Davaine, *Recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de* sang de rate (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1863, t. LVII, p. 220).

(1) Davaine, *Nouvelles recherches sur les infusoires du sang dans la maladie connue sous le nom de* sang de rate. (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1863, t. LVII, p. 351 e. p. 386.)

qu'elles. Cet agent est visible et palpable, c'est un organisme doué de vie, qui se développe et se propage à la façon des êtres vivants. Par sa présence et sa multiplication rapide dans le sang il apporte dans la constitution de ce liquide, sans doute à la manière des ferments, des modifications qui font promptement périr l'animal infecté. »

C'est dans un travail inséré dans les *Mémoires de la Société de biologie* (1) que Davaine propose, pour la première fois, pour désigner et spécifier les bâtonnets charbonneux, le nom de *bactéridies*; ce nom lui paraît préférable à celui de *vibrions* ou de *bactéries*, l'absence de mouvements spontanés les différenciant des vibrions, et la grande longueur des filaments charbonneux ne permettant pas de les ranger parmi les bactéries. Dans ce travail, reposant sur 137 expériences, Davaine insiste surtout sur ce fait que « lorsque le sang charbonneux commence à se putréfier et que les bactéridies ne sont plus reconnaissables, ce liquide perd la propriété d'inoculer le *sang de rate*. L'animal peut, il est vrai, devenir malade et périr, mais c'est avec des symptomes tout autres que ceux du charbon; en outre il ne se produit pas chez lui de bactéridies et les globules sanguins ne deviennent jamais *agglutinatifs*, comme ils le sont d'une manière si remarquable dans le charbon. Il résulte donc de tous ces faits que le sang de rate (maladie charbonneuse) n'est point de nature *putride*, comme on l'a conclu dans des expériences faites sans examen microscopique... La durée *moyenne* de la maladie charbonneuse, depuis le moment de l'inoculation jusqu'à celui de la mort est de 43 heures chez le lapin, de 38 heures chez le cobaye, de 28 heures chez le rat et de 26 heures chez la souris. La durée de la maladie est plus longue chez les animaux adultes et vieux que chez les jeunes. »

A la même époque, Davaine signala ce fait important que du sang charbonneux *rapidement desséché* peut conserver sa virulence pendant longtemps; ce sang gardé sec [illegible] a pu, humecté et inoculé, transmettre encore la maladie. En recevant, au contraire, du [illegible] dans des tubes capillaires scellés, il constata que les bactéridies disparaissent au bout de quelques jours et que le [illegible] devient incapable de donner la maladie. Aujourd'hui que nous savons que la bactéridie est un organisme éminemment aérobie, la [illegible] des bactéridies dans le sang conservé dans des tubes scellés, c'est-à-dire hermétiquement fermés à l'air, s'explique aisément. Nous verrons [illegible] que la découverte de la [illegible] de la bactéridie a donné l'explication toute naturelle de la conservation de la virulence du sang charbonneux [illegible] dans certaines conditions de température.

La proposition fondamentale émise par Davaine, à savoir que la bactéridie est la cause unique du charbon et qu'elle seule constitue le virus charbonneux, cette proposition ne tarda pas à provoquer de nombreuses contradictions. Nous allons suivre Davaine dans la lutte mémorable qui s'engagea alors, et qui aboutit définitivement à deux notions également importantes : 1° la démonstration de la spécificité du charbon et la distinction rigoureuse de cette maladie d'avec les diverses septicémies expérimentales avec lesquelles on la confondait sans cesse; 2° la probabilité de plus en plus grande et pressante — la preuve *certaine* ne devait être faite que plus tard, par M. Pasteur — que c'est la bactéridie qui est la cause du charbon.

A peine Davaine avait-il fait paraître ses premières recherches, que Signol publia une note où il cherche à établir que « les bactéries » ne sont pas caractéristiques du charbon; il dit en avoir rencontré dans le sang, dans d'autres maladies : dans la diathèse typhoïde (*influenza*) du cheval, dans un cas de gangrène traumatique également chez le cheval (1). C'est le premier exemple de la confusion, que nous allons sans cesse voir reparaître, entre la bactéridie charbonneuse et les bactéries banales de la putréfaction ou celles des diverses septicémies. Mais là où cette confusion se manifesta de la façon la plus caractéristique et la plus bruyante, ce fut dans les expériences contradictoires de MM. Leplat et Jaillard.

Ces deux professeurs du Val-de-Grâce, pensant que les « assertions de Davaine étaient prématurées et ne disposant pas de sang charbonneux » se servirent de *bactéries quelconques*: « nous les avons extraites, disent-ils, tantôt de certaines infusions végétales, tantôt de liquides chargés de matières animales en putréfaction, d'urine putréfiée, de sérum de sang altéré. » Ils injectèrent ces matières dans le tissu cellulaire sous-cutané de chiens ou de lapins; ces animaux ne moururent pas ou succombèrent avec des symptômes dysentériques et convulsifs, tout différents des symptômes du charbon. Ils en concluent à l'innocuité des bactéries et à l'erreur de l'interprétation de Davaine (2).

Voici la réponse de Davaine à ces singulières expériences :

« Ces expérimentateurs (Leplat et Jaillard) n'ayant pu se procurer du sang charbonneux, ont pensé pouvoir juger aussi bien, ou même mieux, la question en inoculant des vibrioniens développés dans des substances végétales ou animales putréfiées.

« Sans chercher à apprécier jusqu'à quel point il est rationnel de contrôler des expériences faites dans de certaines conditions par des expériences faites dans des conditions différentes, je ferai remarquer qu'il ne peut y avoir aucune similitude entre les faits rapportés par ces observateurs et les miens. Ils ont inoculé des infusoires pris dans des liquides putréfiés; j'ai inoculé, moi, des infusoires développés dans du sang qui n'avait subi aucune altération putride, sang pris immédiatement après la mort des animaux charbonneux ou même pendant leur vie. Enfin, loin que la putréfaction soit la cause de la mort des animaux que j'ai inoculés avec le *sang de rate*, la putréfaction au contraire empêche et anéantit la reproduction des infusoires du sang charbonneux » (3).

MM. Leplat et Jaillard revinrent à la charge avec des expériences nouvelles (4). Ils se firent envoyer par M. Rabourdin, directeur d'un établissement d'équar-

(1) Davaine. *Nouvelles recherches sur la maladie du sang de rate, considérée au point de vue de sa nature.* Mémoires de la Société de biologie, 1864, [illegible] t. V, p. 193-202.

(2) Davaine. [illegible] *de la maladie charbonneuse* [illegible] (C. R. de l'Acad. des sc., [illegible] t. LIX, p. [illegible]).

(1) Signol. *Présence des bactéries dans le sang.* Ibid., 1863, t. LVII, p. [illegible])

(2) Leplat et Jaillard, *De l'action des bactéries sur l'économie animale.* (C. R. de l'Acad. des sc., 1864, t. LIX, p. 250.)

(3) Davaine, *Réponse à une communication de MM. Leplat et Jaillard relative à l'action des bactéries sur l'économie animale.* (C. R. de l'Acad. des sc., 1864, t. LIX, p. 338.)

(4) Leplat et Jaillard, *Note au sujet d'expériences prouvant que le charbon de la vache inoculé aux lapins les tue avec tous les phénomènes du sang de rate sans que leur sang renferme aucune trace de bactéridies.* (C. R. de l'Acad. des sc., 1865, t. LXI, p. 298. — *Nouvelles expériences pour démontrer que les bactéridies ne sont pas la cause du sang de rate.* (Ibid., p. 436.

rissage à Sours, aux environs de Chartres, un échantillon de sang charbonneux, qui leur fut expédié par la poste, *au mois de juillet.*

« Avec le sang de cette vache morte du charbon nous avons inoculé deux lapins ; le lendemain un de ces lapins était mort, l'autre était encore vivant quoique malade ; l'examen microscopique le plus scrupuleux n'a pu nous révéler la présence de bactéridies dans le sang du lapin mort ; nous avons inoculé ce sang avec un résultat complet identique au premier... Pour nous résumer et conclure nous dirons : avec du sang d'une vache morte du charbon nous avons inoculé une trentaine de lapins et jamais nous n'avons retrouvé dans leur sang de bactéridies. La mort de nos lapins a eu lieu absolument de la même manière, si ce n'est qu'elle a été plus rapide (20 heures en moyenne) avec le sang privé de bactéridies qu'avec le sang qui en renferme. A l'autopsie, nous avons constaté un léger œdème autour du point d'inoculation, de la sérosité dans le péricarde et les plèvres, le sang noir, demi-coagulé dans les oreillettes et les ventricules. Toutes ces lésions sont caractéristiques du charbon, sauf les bactéridies.

« Conclusions : L'affection charbonneuse n'est pas une maladie parasitaire.

« La bactéridie est un épiphénomène de la maladie et ne peut en être considérée comme la cause.

« Le sang de rate est d'autant plus inoculable qu'il contient moins de bactéridies. »

Voilà des conclusions bien formelles et en apparence accablantes pour la théorie de Davaine ; d'autant plus que les faits sur lesquels elles s'appuyaient étaient *matériellement* exacts : seulement, ce que MM. Leplat et Jaillard inoculaient à leurs lapins *n'était pas le charbon*, mais une maladie toute différente, que nous connaissons aujourd'hui comme étant une septicémie expérimentale. C'est ce que Davaine ne tarda pas à établir avec une rare clairvoyance : ayant été mis à même d'examiner un des lapins en question, il constata que le sang ne renfermait effectivement pas de bactéridies, mais il fit remarquer qu'il ne pouvait en être autrement « car la maladie dont cet animal était mort n'est pas le charbon. » Elle en différait : 1° par la durée de l'incubation, beaucoup plus courte qu'elle ne l'est chez le lapin inoculé avec du sang charbonneux ; sur 35 lapins inoculés avec du sang charbonneux *frais*, la moyenne de la vie entre le moment de l'inoculation et celui de la mort est de 43 heures (la durée la plus longue, 21 heures, la plus courte, 18 heures) ; sur 5 lapins inoculés avec le sang septique, la moyenne de la vie a été de 12 heures (la durée la plus longue 15 heures, la plus courte 8 heures). 2° un des caractères anatomiques constants du charbon c'est la tuméfaction de la rate ; cet organe avait un volume et un aspect normal chez les lapins morts de la « maladie septique de la vache » ; 3° les globules rouges du sang ne présentaient pas l'état *agglutinatif* si frappant du sang charbonneux. 4° le charbon n'est pas transmissible aux oiseaux ; deux moineaux et deux poulets furent inoculés par Davaine avec le sang septique d'un lapin mort depuis 20 heures ; ces oiseaux succombèrent dans un espace de temps variant entre neuf et onze heures.

Pour tous ces motifs, Davaine conclut qu'il existe « des différences profondes et caractéristiques entre la maladie septique originaire de la vache et le charbon (1). » Mais si la maladie étudiée par MM. Leplat et Jaillard n'est pas le charbon et en diffère totalement par la marche, par la durée et par les lésions anatomiques, de quelle maladie s'agit-il en réalité ? Davaine l'appela *maladie septique de la vache*, ou plus brièvement *maladie de la vache*, parce que c'était d'une vache morte du charbon que le directeur de l'équarrissage de Sours avait tiré le sang envoyé par lui aux expérimentateurs du Val-de-Grâce. Dans la pensée première de Davaine, cette vache n'était pas morte du charbon, mais d'une maladie septique spéciale. Nous verrons plus tard, quand nous traiterons *des septicémies*, que les recherches de M. Pasteur ont définitivement éclairci cette question, pleine d'obscurités à cette époque, si limpide pour nous aujourd'hui. C'était bien du sang pris sur une vache charbonneuse que l'équarrisseur avait expédié, mais c'était du sang recueilli *tardivement* sur le cadavre, *en été*, alors que ce sang était déjà envahi par les organismes de la putréfaction provenant de l'intestin de l'animal, alors, en un mot, que ce sang était devenu putride, septicémique. La maladie provoquée chez les lapins par l'inoculation de ce sang n'est autre qu'une septicémie, celle qui a été décrite plus tard par M. Pasteur, qui est due à un organisme spécial, le *vibrion septique*, et que nous apprendrons à connaître sous le nom de *septicémie expérimentale aiguë* (Pasteur), ou d'*œdème malin* (Koch). L'élucidation complète de ce point était donc réservée à l'avenir ; mais ce que Davaine comprit tout d'abord et ce qu'il établit dans cette polémique mémorable, c'est que les faits observés par Leplat et Jaillard n'avaient rien à voir avec le charbon et rentraient dans le domaine des septicémies. (*A suivre.*)

(1) Davaine. *Sur la présence constante des bactéridies dans les animaux affectés de la maladie charbonneuse.* (C. R. de l'Acad. des sc., 1865, t. LXI, p. 334.) — *Recherches sur une maladie septique de la vache, regardée comme de nature charbonneuse.* (Ibid., t. LXI, p. 368.) — *Note en réponse à une communication de MM. Leplat et Jaillard sur la maladie charbonneuse.* (Ibid., t. LXI. p. 523.)

PATHOLOGIE NERVEUSE

Paramyoclonus multiplex (1).

(Etude d'un trouble musculaire jusqu'à présent non décrit en France)

Par P. MARIE, chef du laboratoire adjoint à la Salpetrière.

La première en date de ces observations est celle de Friedreich, non pas qu'auparavant on n'eût eu l'occasion de voir des faits de ce genre, mais ceux-ci avaient très certainement été relégués dans le groupe si vague, si confus des chorées, et l'on ne s'était pas donné la peine d'étudier avec soin les caractères de ce trouble moteur ; c'est par cette étude que Friedreich a eu le mérite d'appeler sur ces faits l'attention des médecins.

OBSERVATION II (résumée) (2). — Ludwig Beierlein, 50 ans, entré en 1878 et 1880 à l'hôpital, pour une sclérose pulmonaire avec dilatation bronchique consécutive à une pneumonie droite contractée en 1877. Pendant l'un et l'autre de ses séjours à l'hôpital, on avait remarqué des secousses musculaires revenant à intervalles rapprochés, et qui, aux membres supérieurs, avaient lieu uniquement dans le biceps, le triceps et le long supinateur ; aux membres inférieurs, dans le vaste externe, le vaste interne et surtout le droit antérieur, à un moindre degré dans les adducteurs et enfin dans le biceps et le semi-tendineux ; elles n'existaient pas dans les autres muscles de la cuisse et de la jambe ; aucune secousse non plus dans les

(1) Voir *Progrès médical*, n° 8 1886.

(2) Friedreich — *Neuropathologische Beobachtungen* Virchows *Arch.* LXXXVI. p. 421. — Bien que dans son intéressante thèse *Sur les secousses musculaires* (Paris 1884) M. Colaneri signale le travail de Friedreich, la courte analyse qu'il donne de celui-ci ne nous a pas semblé suffisante pour que [illegible] nous di[illegible] penser d'en donner un exposé plus étendu. Aucune des observations de M. Colaneri ne nous a paru devoir être considérée comme appartenant au paramyoclonus multiplex.

muscles du tronc ni du visage. Il ne s'agissait pas de petits mouvements fibrillaires, mais bien de contractions portant sur la totalité du muscle dont toute la masse faisait à chaque secousse une forte saillie et se durcissait, bien que le raccourcissement ne fût pas toujours assez prononcé pour entraîner un mouvement du membre; assez souvent lorsque la contraction était assez forte on voyait se faire soit une légère flexion ou supination de l'avant-bras, soit un mouvement en haut de la rotule, ou une saillie accentuée des tendons du jarret. Les secousses étaient séparées l'une de l'autre par des intervalles courts mais toujours irréguliers.

Quoique l'affection occupât d'une façon symétrique les mêmes muscles du côté droit et du côté gauche, chacun de ces muscles présentait dans ses contractions une indépendance complète, et tantôt l'un tantôt l'autre se contractait isolément et indépendamment des autres; lorsqu'il survenait une contraction simultanée de plusieurs de ces muscles, ce n'était que par un effet du hasard assez compréhensible, étant donnée la fréquence de ces contractions.

La fréquence et l'intensité avec lesquelles se produisaient les contractions des différents muscles n'étaient pas toujours les mêmes, suivant les jours et aussi suivant les heures; dans les moments d'excitation, on comptait jusqu'à 40 ou 50 secousses par minute dans le même muscle, dans les moments de calme seulement 10 ou 20; très rarement elles cessaient d'une façon plus ou moins complète pendant 1/4 ou 1/2 heure; moins elles étaient fréquentes, moins elles étaient fortes et inversement; quelquefois plusieurs secousses se suivant rapidement dans un même muscle donnaient lieu à une sorte de tétanos passager, accompagné de manifestations douloureuses du côté du muscle. En général les secousses étaient le plus fortes et le plus fréquentes quand le malade était au lit dans l'immobilité et surtout le soir au moment de s'endormir, mais une fois endormi elles cessaient complètement; quelquefois il était réveillé en sursaut par une brusque flexion des jambes sur le ventre et il lui était alors difficile de se rendormir, tant les secousses des muscles devenaient intenses et fréquentes; pendant le jour aussi il éprouvait, mais plus rarement que la nuit, cette flexion brusque des membres inférieurs sur le bassin assez analogue à ce qui se produit dans les cas de myélite aiguë.

Les mouvements volontaires n'étaient nullement troublés par ces secousses, car ils les faisaient complètement disparaître dans le membre qui agissait, tandis qu'elles continuaient dans l'autre membre resté en repos; aux cuisses pendant la station debout, les secousses ne disparaissaient pas complètement, mais devenaient très faibles, elles cessaient entièrement pendant la marche. La vigueur des muscles atteints était parfaitement conservée, ainsi que la coordination statique et locomotrice; pas de signe de Romberg.

L'excitabilité électrique des muscles atteints et de leurs troncs nerveux, pratiquée par Schultze n'a rien révélé d'anormal.

L'excitabilité mécanique de ces mêmes muscles ne présentait non plus rien de particulier, le bourrelet ainsi formé n'était ni de dimensions ni de durée autres que celles qui s'observent pour un muscle normal. Mais il existait dans les muscles affectés une exagération de l'excitabilité réflexe aux excitations portées sur la peau; la seule action de l'air froid sur les membres inférieurs découverts augmentait la fréquence et l'intensité des secousses; de même pour le pincement, la pipûre, etc..., lorsqu'on prenait le bras du malade dans la main et qu'on le pressait pendant quelque temps avec une certaine force, les secousses du biceps et du triceps devenaient plus intenses et plus fréquentes, à tel point même qu'elles prenaient quelquefois un aspect tétaniforme; de même par le chatouillement ou la piqûre de la plante du pied, on produisait des réflexes exagérés des membres inférieurs et un tremblement de ceux ci avec secousses, se reproduisant à plusieurs reprises et allant peu à peu en s'affaiblissant; réflexe crémastérien assez énergique.

Quant aux réflexes tendineux, la percussion du tendon d'Achille ne donnait que de très faibles contractions, il n'y avait pas de phénomènes du pied. Au contraire, il existait une augmentation considérable des reflexes rotuliens, et quand on allongeait le triceps fémoral en abaissant la rotule, on constatait une très intense contraction de celui ci avec des secousses violentes et douloureuses; quand au contrairee on poussait la rotule de bas en haut ou bien qu'on serrait ou tordait le tendon rotulien on n'observait rien d'analogue et les secousses n'étaient en rien influencées.

Tous les phénomènes qui viennent d'être décrits aussi bien les secousses spontanées que l'exagération d'excitabilité réflexe étaient plus developpés du côté droit que du gauche. Pas de symptômes d'origine vasomotrice ou sécrétoire. Aucun trouble de la sensibilité cutanée ou musculaire; aucune atrophie musculaire.

Les fonctions psychiques étaient normales, pas de céphalalgie, de vertige, ni rien qui pût faire soupçonner une affection cérébrale. Les sens supérieurs étaient intacts; les pupilles égales des deux côtés et un peu étroites, leur réaction à la lumière et à l'accommodation normale. Pas de fièvre. Pouls 80-90, quelques palpitations. Fonctions digestives et urinaires régulières. Le malade attribue son mal à une peur qu'il a éprouvée il y a 5 ans, à la suite de la projection d'une scie circulaire, cela l'a tellement impressionné qu'il est devenu tout pâle et a éprouvé dans tout le corps une sensation de raideur ; ce n'est qu'après un quart d'heure environ qu'il a pu se remettre, quoiqu'il n'eût éprouvé ni blessure, ni même aucune commotion. Environ 15 jours après le malade remarqua pour la première fois les secousses qui peu à peu devinrent plus fortes mais ne le troublaient pas dans son travail. Il prétend que plusieurs années déjà avant l'accident, il ressentait quelquefois étant au repos des pressions dans les bras et les jambes. Pas d'antécédents nerveux héréditaires.

A la fin de mars, les secousses commencèrent, après quelques applications faites par Schultze, à diminuer rapidement d'intensité et au bout de quelques jours disparurent complètement. De même l'augmentation des réflexes cutanés et tendineux se mit à diminuer rapidement, de sorte qu'à la fin d'avril ceux-ci étaient devenus normaux. Le malade quitta la clinique au milieu de mai.

Observation III. (Löwenfeld). Résumée (1). — Garçon de 10 ans, sans antécédents héréditaires, à part la rougeole à l'âge de 4 ans aurait eu des troubles dyspeptiques avec perte d'appétit d'origine probablement anémique; dans l'été de 1881 à la suite d'une chute il reçut un traumatisme au bras gauche (Distorsion de l'articulation du poignet) qui guérit sans complications.

Dans l'hiver 1881-82 survinrent des secousses à l'avant-bras droit (probablement fléchisseurs et extenseurs du carpe) qui produisaient un tremblement continuel de la main et le gênaient pour écrire. Ces secousses disparurent au bout de quelque temps, mais revinrent ensuite à l'avant-bras gauche, et plus tard enfin à l'avant-bras droit, ce n'est que postérieurement qu'elles se montrèrent aux membres inférieurs. Pendant trois mois l'enfant fut soigné à la policlinique du prof. Ranke et dans ce temps les secousses disparurent presque entièrement aux avant-bras, mais se montrèrent aux bras. Au mois d'août 1882 il y avait une amélioration notable, mais le traitement ayant été suspendu, quelques semaines plus tard survint une aggravation et bientôt l'affection était plus intense que jamais. — Les facultés mentales n'avaient subi aucune atteinte et l'enfant est un des meilleurs élèves de sa classe, seules les notes d'écriture étaient inférieures. L'appétit est faible, les selles régulières ; dans les bras et les jambes sensation constante de grande fatigue.

L'examen pratiqué le 22 novembre 1882 par L. Löwenfeld donne les renseignements suivants :

Enfant pâle et chétif. — Mouvements des membres supérieurs et inférieurs et du tronc d'une vigueur normale, pas d'atrophie ni d'hypertrophie musculaire ; en aucun point il n'existe une sensibilité anormale à la pression ou à la percussion. Sensibilité cutanée partout intacte. Rien du côté des organes internes.

L'enfant étant nu et assis, les avant-bras légèrement fléchis et reposant sur les cuisses on voit le long supinateur et le biceps

(1) L. Löwenfeld. — *Ein weiterer Fall von Paramyoclonus multiplex* : Friedreich, *Myoclonus spinalis multiplex*, Löwenfeld. — *Neuropathologische Mittheil. in Aerztlicher Intelligenzbl.* München, nº 15, 1883.

des deux côtés présenter des alternatives incessantes de contraction et de relâchement et cela dans toute leur masse, ces contractions ne sont d'ailleurs pas très violentes et ne sont suivies d'aucun mouvement, la contraction du biceps présente ceci de particulier qu'elle semble s'accompagner seulement de raccourcissement dans le diamètre transversal et non dans le diamètre longitudinal. Au long supinateur on compte 40 contractions en 30 secondes. A gauche on observe aussi de temps en temps quelques secousses dans le grand pectoral. Les secousses des muscles sus-nommés disparaissent des deux côtés par une flexion volontaire énergique de l'avant-bras (mouvement auquel prennent part les muscles atteints), elles disparaissent aussi par l'extension du bras (mouvement auquel ne prennent pas part les muscles atteints) mais dans ce cas lorsque l'extension dure depuis quelque temps on voit se produire de nouveau de légères secousses dans le long supinateur.

Aux extrémités inférieures des secousses analogues se montrent des deux côtés dans le vaste interne, le gracilis, le semi-tendineux, le semi-membraneux; au semi-tendineux on compte 35 secousses en 15 secondes. Ici encore il ne se produit aucun mouvement à part une oscillation légère de la jambe quand celle-ci est pendante. Dans la station debout, les secousses du gracilis s'arrêtent immédiatement ainsi que celles du semi-tendineux et du semi-membraneux, mais le triceps fémoral tout entier ou au moins le droit antérieur et le vaste interne se mettent en mouvement, et l'on voit la rotule s'élever et s'abaisser alternativement. Dans la marche et dans les autres mouvements des extrémités inférieures, auxquels prennent part les muscles sus-nommés, il ne se produit aucune secousse. L'excitabilité mécanique des différents muscles affectés ne présente aucune modification.

Des deux côtés le phénomène rotulien est extrêmement intense, pas de phénomène du pied, pas de contraction paradoxale; en dehors de cela aucune exagération des réflexes tendineux.

Pendant le sommeil d'après le dire de la mère les secousses des bras cessaient complètement, celles des jambes se manifestaient encore d'une façon très légère.

L'observation ultérieure du malade permit de constater que, en dehors du long supinateur, du biceps et du grand pectoral, les secousses existaient encore dans le brachial antérieur, le deltoïde et le triceps; mais celles-ci ne se montraient pas avec une fréquence égale dans ces différents muscles. Le long supinateur était presque constamment en mouvement au moins d'un côté, sinon des deux, venaient ensuite au point de vue de la fréquence des secousses le biceps, le brachial antérieur et le deltoïde; dans le grand pectoral elles étaient relativement peu fréquentes et enfin très rares dans le triceps. D'ailleurs ces secousses ne se montraient pas dans les différents muscles suivant un ordre invariable; c'est ainsi que, par exemple, pendant un quart d'heure le long supinateur, le biceps et le brachial antérieur sont pris de mouvements, puis pendant un autre quart d'heure c'est le long supinateur, le biceps et le deltoïde. Mais toujours le nombre des muscles en mouvement est en rapport avec l'intensité des secousses. C'est ainsi que celles-ci étaient très intenses dans le long supinateur : il ne se passait jamais longtemps avant qu'elles se montrassent dans le biceps, d'abord à intervalles éloignés et d'une façon peu marquée, puis de plus en plus [illegible] que les contractions du [illegible] parvenaient à une certaine fréquence et à une certaine intensité, c'était le tour d'un autre muscle, ordinairement le brachial antérieur, d'entrer en action et ainsi de suite pour le grand pectoral ou le deltoïde. On pouvait produire artificiellement cette extension des contractions, car de même que dans le cas de Friedreich il existait une élévation de l'excitabilité des muscles affectés, l'action de l'air froid et surtout la pression ou le pincement d'un pli cutané, et tout particulièrement une pression intense sur les muscles augmentaient l'intensité et la diffusion des secousses. Si par exemple pendant que le long supinateur s'agitait on pressait entre les doigts le biceps jusqu'alors immobile, celui-ci commençait aussitôt à présenter des contractions et, si on continuait la pression sur ce muscle, celles-ci ne tardaient pas à se montrer aussi dans le brachial antérieur, et en continuant encore, dans le deltoïde ou dans le grand pectoral.

Dans les extrémités inférieures, l'affection portait surtout sur le semi-tendineux et le vaste interne, et même les secousses pouvaient, du moins pendant la durée de mes observations, rester limitées un temps assez long certains jours au vaste interne, d'autres jours au semi-tendineux, et alors le tendon de ce dernier muscle était en mouvement continuel. Lorsque le vaste interne était pris de contractions on voyait se produire aussi un léger mouvement d'extension de la jambe.

Les plus grandes différences existaient dans la fréquence des secousses des différents muscles et même d'un même muscle à divers moments : pour le long supinateur elles variaient de 20 à 100, pour le semi-tendineux de 10 à 140 par minute. Les intervalles qui séparaient les secousses n'étaient nullement égaux, celles-ci ne suivaient aucun rhythme; on ne pouvait non plus constater pour chaque muscle en particulier une loi de symétrie par rapport aux secousses du muscle correspondant du côté opposé; en général le nombre des secousses était en rapport direct avec l'intensité de celles-ci, mais là encore il y avait des exceptions.

L'examen galvanique et faradique des muscles affectés et des troncs nerveux correspondants ne révéla aucune anomalie. Une fois il exista une douleur passagère à la jambe gauche sur le trajet du nerf petit saphène; plus tard pendant quelques jours une sensation de sécheresse et d'engourdissement dans les mains. La sensation de fatigue qui était continuelle au début, semblait être vivement influencée par les conditions atmosphériques.

Traitement par galvanisation le long du rachis, tout d'abord légère amélioration qui s'accentua vivement lorsqu'on eut compris dans la galvanisation le ganglion supérieur par la méthode de Erb, et qu'on eut donné à l'enfant du valérianate de zinc; en quelques semaines l'affection avait en grande partie disparu, et depuis deux mois il n'en reste plus que des vestiges. Lorsqu'on met à nu les bras du malade on note au bout de quelque temps de légères secousses, ces secousses disparaissent bientôt (au bout de 10-30 secondes). Ni la pression d'un pli de la peau, ni celle du muscle lui-même n'arrivent à modifier l'intensité ou la fréquence de ces contractions. Le réflexe rotulien est encore très intense des deux côtés. Avec les contractions a disparu la sensation de fatigue dans les bras et dans les jambes. L'enfant a même obtenu le 9 mars la meilleure note pour l'écriture.

Telles sont les deux observations de paramyoclonus multiplex qui, par un grand nombre de caractères, nous ont paru présenter de grandes analogies avec celle de notre malade.

Si maintenant nous cherchons, au moyen de ces documents, à prendre une vue générale de cette affection voici les résultats que nous fournit une étude d'ensemble; résultats que le nombre restreint des faits ne peut, bien évidemment, pas permettre de considérer comme d'ores et déjà définitifs. Cependant, dans l'observation de Silvestrini, il s'agissait d'une femme.

Dans tous les cas, l'affection existait chez des individus du sexe masculin.

Deux fois elle a débuté à une période avancée de l'âge adulte 45 ans, 49 ans, chez le troisième à 10 ans.

Cette affection consiste en *secousses*, présentant par leurs caractères un aspect assez spécial. En effet, elles n'occupent qu'un certain nombre de muscles aux extrémités supérieures et inférieures, quelquefois aussi au tronc, et ne se montrent pas sur les autres muscles voisins, ou innervés par le même nerf. Il semble que le *triceps brachial*, le *triceps crural*, le *semi-tendineux* soient parmi les plus souvent atteints, car ils l'étaient chez les trois malades. — Quant aux muscles de la *face*, ils n'étaient pris dans aucun cas. Ils auraient été pris dans le cas de Silvestrini, mais il est vrai que l'on peut conserver quelques doutes sur la véritable nature de celui-ci. — Ces différents muscles jouissent d'ailleurs au point de vue des secousses d'une certaine

indépendance par rapport les uns aux autres; tantôt c'est l'un, tantôt c'est l'autre qui s'agite; cependant, c'est croyons-nous avec raison que L. Löwenfeld fait remarquer que plus est grande l'intensité des secousses, plus est grande aussi leur généralisation. Ce sont en général les mêmes muscles qui sont atteints pour chaque côté du corps, mais il y a souvent une prédominance pour un côté quant à l'intensité et à la durée des secousses.

Le *nombre* de celles-ci est extrêmement variable suivant les malades, suivant les muscles et aussi suivant le moment de l'examen. Dans le cas de Löwenfeld, il atteignait sur un muscle 36 en 15 secondes; dans celui de Friedreich, il était de 5 à 10 par minute; dans le nôtre, il était à peu près le même. Mais comme nous l'avons pu constater très nettement sur nos tracés, tantôt la secousse est *unique*, tantôt plusieurs secousses sont *agglomérées*, tantôt enfin il y a une sorte de *contraction tétanique* pendant laquelle les secousses deviennent très nombreuses, aussi ne peut-on donner une mesure exacte de leur fréquence.

Pour ce qui est de l'*intensité* de ces secousses, elle aussi est variable. Dans le cas de Friedreich, elle n'était pas assez grande pour amener un changement dans la position du membre, pour produire un mouvement; dans le cas de Löwenfeld, il en était à peu près de même; cependant, cet auteur nous dit que la contraction du triceps fémoral amenait parfois une oscillation de la jambe. Chez notre malade, il n'était pas rare que certaines secousses fussent trop faibles pour amener un mouvement du membre, mais le plus souvent il s'en produisait un, ainsi qu'on en peut juger sur nos tracés pris avec la glissière, quelquefois même ce mouvement avait une assez grande étendue.

Ajoutons que ces secousses disparaissent pendant le *sommeil*.

Elles n'ont pas lieu non plus, et c'est là un caractère important, pendant les *mouvements volontaires*; ceux-ci ont même la propriété de les faire disparaître, aussi ne sont-ils jamais gênés par elles. Cependant, cette disparition pendant les mouvements volontaires peut n'être pas absolue: notre malade semble en avoir eu, bien que très rarement, pendant la marche (?).

Il est un autre caractère peut-être plus important encore, c'est la possibilité de donner *artificiellement* naissance à ces secousses. Dans chacune des trois observations rapportées plus haut, ce caractère existait de la façon la plus nette. Le fait dominant à cet égard est l'influence des excitations cutanées sur la production des secousses; Friedreich a très justement remarqué que chez son malade celles-ci survenaient par l'action de l'air froid sur la peau découverte, ou encore à l'occasion des piqûres pratiquées sur différents points du corps. Le même phénomène existait aussi chez le malade de L. Löwenfeld, et se montrait chez le nôtre avec un développement très accentué; nous avons aussi constaté que le chatouillement de la plante du pied s'accompagnait des mêmes résultats. De plus, chez notre malade on pouvait faire apparaître les secousses par la percussion du tendon rotulien gauche, tandis que celle du tendon rotulien droit ne produisait nullement le même effet, non plus que la recherche du réflexe du coude. Dans le cas de Friedreich, il semble que la recherche du réflexe rotulien, ou tout au moins certains mouvements imprimés à la rotule, aient aussi déterminé des secousses.

Nous signalerons encore l'influence de la *position* des membres (bras tendu avec une surcharge, station debout les pieds rapprochés).

Dans l'observation de Friedreich et dans celle de Löwenfeld, il est dit qu'une pression un peu forte et prolongée sur les muscles amenait aussi les secousses. Il en était de même chez notre malade.

Tels sont les caractères propres de l'affection, ceux qui lui donnent un cachet particulier, car de tout autre côté, nous ne trouvons plus rien à signaler. Il n'y a pas d'affaiblissement considérable de la force musculaire, pas d'incoordination; la sensibilité est normale dans tous ses modes; la recherche de l'excitabilité électrique, celle de la contraction idio-musculaire ne présentent rien à noter.

Resterait à déterminer la nature de cette affection. Pour notre part, nous ne l'essayerons même pas, nous nous contenterons de citer les opinions émises par Friedreich et par Löwenfeld. Pour le premier, il s'agit d'une névrose due à la peur (schreckneurose), ayant déterminé une excitabilité réflexe exagérée de certaines cellules des cornes antérieures. Pour le second, il s'agit d'une lésion de la substance grise de la moelle au niveau des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, mais n'occupant qu'un nombre limité de celles-ci, puisque l'exagération des mouvements volontaires reste tout à fait intacte; cette lésion, d'ailleurs, ne serait pas grossière, mais bien plutôt du même genre que celles qui atteignent le système nerveux dans la neurasthénie. En somme, l'un et l'autre pensent qu'il s'agit là d'une névrose; c'est aussi notre avis. Quant à la question du mécanisme par lequel sont produites les secousses, elle nous semble pour le moment tout à fait impossible à résoudre.

Peut-être ne sera-t-il pas inutile de dire quelques mots du diagnostic de cette affection. Certes, elle ne risque guère d'être confondue avec la chorée vulgaire; mais elle pourrait l'être avec certaines formes de tics: nous signalerons donc les différences par lesquelles elle se distingue de ceux-ci. Dans le paramyoclonus, la face reste ordinairement indemne (du moins il en était ainsi dans les 3 cas de cette affection rapportés plus haut; chez les tiqueux, au contraire, il est rare que la face ne soit pas ou n'ait pas été atteinte. Les secousses du paramyoclonus cessent dans les mouvements volontaires et ne les troublent donc nullement; cela n'a pas lieu pour les tics. La contraction musculaire dans le paramyoclonus se montre d'une façon très variable quant à l'intensité et quant au nombre des muscles; elle s'accompagne ou non d'un mouvement, et ce mouvement est absolument banal; il est tout à fait analogue à celui que produirait une excitation électrique. Dans les tics, au contraire, la contraction musculaire atteint généralement d'une façon plus régulière les mêmes muscles; elle est toujours suivie d'un mouvement; ce mouvement offre ceci de remarquable, qu'il est ordinairement *spécialisé*, qu'il reproduit plus ou moins fidèlement un mouvement coordonné ayant un but déterminé (Charcot, Guinon) (1). Enfin, les secousses des tics ne peuvent, comme celles du paramyoclonus, être artificiellement amenées par l'impression de l'air froid sur la peau, par le chatouillement, par la piqûre, par la percussion des tendons rotuliens. Il faut cependant noter que l'on voit quelquefois les tics produits artificiellement sous l'influence d'une émotion brusque et inattendue.

(1) Voir, à ce sujet, le très intéressant travail de G. Guinon sur la maladie des tics, in *Revue de médecine*, janvier 1886.

Tels sont les principaux caractères qui distinguent les tics du paramyoclonus multiplex; ils nous ont paru rendre légitimes une description particulière de cette affection et la constitution d'un type spécial dans le groupe des secousses musculaires (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Un bon exemple (2).

L'exemple nous venait d'en haut jadis. Était-ce toujours le bon exemple ? Je n'en sais rien. Aujourd'hui ce sont les classes ouvrières qui nous le donnent et j'espère prouver que leur conduite est quelquefois à imiter. Il s'agit d'intérêts professionnels. La Société médicale du Xe arrondissement, qui s'occupe beaucoup de ces questions, a entendu avec un vif plaisir M. le Dr Gallet Lagoguey lui exposer le fonctionnement de plusieurs Sociétés ouvrières de secours mutuels, celle de la corporation du gaz en particulier, qui pourraient nous servir de modèles.

Il ne s'agit pas de faire double emploi avec l'*Association générale* des médecins de France ou l'*Association des médecins de la Seine*. — Ces Sociétés rendent de réels services et nous sommes les premiers à le proclamer. Un confrère est ruiné pour une cause quelconque ou bien sa maladie ou sa mort ont plongé sa famille dans la pauvreté. Ces Sociétés veillent attentivement sur ces malheureux, elles les consolent, elles les soulagent, elles deviennent leur aide et leur soutien. Il ne s'agit pas non plus de fonder une caisse de retraite et faire concurrence à des Sociétés comme celle du *Concours médical*.

Nous voulons fonder une Société de 150 à 200 membres, chiffre minimum, pris dans le corps médical du département de la Seine. Moyennant une cotisation dont je vais parler tout à l'heure, chaque membre aurait *droit* à une indemnité de 10 francs par jour de maladie ou d'infirmité entraînant une incapacité de travail de plus de 8 jours. J'ai souligné le mot droit parce qu'il s'agit d'une *assurance* et non pas d'une *aumône*. Nous ne nous préoccupons pas de la situation de fortune du confrère auquel nous donnons 3,650 francs par an. Il suffit que l'état de sa santé ait été reconnu bon au moment où il a adhéré à notre Société, qu'il ait payé sa cotisation mensuelle pendant six mois. Au bout de six mois, il a le droit de devenir aveugle ou paralytique. Nous lui servirons 10 francs par jour jusqu'à sa mort.

Ceux qui ne connaissent pas la puissance de l'association doivent se [illegible] est impossible à réaliser. M. Gallet Lagoguey, dont je voudrais pouvoir reproduire le travail tout entier, travail qui a été lu à la *Société médicale du Xe arrondissement* et qui sera envoyé à tous ceux de nos confrères qui en feront la demande, a démontré de la [illegible] nette que cela se pouvait.

La seule question à résoudre est celle-ci : Combien aurons-nous de journées d'incapacité de travail à payer par adhérent. Les *ignorants* vont me répondre immédiatement : « *Dieu* seul le sait. » Erreur profonde ! Prenons la statistique des Sociétés de secours mutuels publiée par le ministère de l'intérieur. Nous trouvons que le chiffre de 6.16 n'a été atteint qu'une seule fois, et c'était en 1871. Le chiffre ordinaire oscille entre [illegible] et 5 1/2. M. Gallet Lagoguey a fait ses calculs en prenant 6 journées d'incapacité de travail par an et par membre. C'est compter largement, et n'être pas gêné pour payer 3.650 francs par an aux deux ou trois d'entre nous qui seront dans l'impossibilité complète de travailler. Nous aurons un chronique en effet sur 50 membres. Aussi notre *capital réserve* s'accroîtra-t-il rapidement, grâce aux cotisations dont je vais parler maintenant.

La cotisation sera de 10 francs par mois. C'est cher. Mais je ferai remarquer que l'ouvrier de la corporation du gaz trouve 2 fr. 25 par mois dans sa poche pour payer son assurance. Est-ce que nous serions plus embarrassés que lui pour trouver 10 fr., car tout est relatif. Est-ce que les habitudes d'économie et de prévoyance sont moins en faveur chez nous que dans les classes pauvres.

Enfin, nous pouvons nous consoler en pensant que quand le capital réserve sera constitué, c'est-à-dire 300 fr. par membre adhérent, à ce moment nous diminuerons les cotisations pour les anciens membres et nous n'aurons à payer que les dépenses de l'année. Les nouveaux membres [illegible] jusqu'à constitution de leur capital réserve.

Voilà certes un projet qui [illegible] pas à tout le monde et qui [illegible]. Mais la corporation du gaz [illegible] ouvriers [illegible] trouverons [illegible] de la Seine. [illegible] en effet, il y [illegible] la fortune [illegible] l'in[illegible] quoi [illegible].

[illegible]

[illegible]

---

(1) Pendant l'impression de ce mémoire nous avons eu connaissance d'un travail de G. Silvestrini (Spasmo clonico diffuso simmetrico d'origine spinale. *Medicina [illegible]*, février 1884) dans lequel cet auteur rapporte [illegible] considère comme un cas de paramyoclonus [illegible] secousses semble en effet se rapporter [illegible] maladie [illegible] certains détails manquent [illegible] la production artificielle des secousses. — [illegible] d'un [illegible] de 45 ans, les [illegible] contractions [illegible] le réflexe [illegible] après [illegible] de Nickel.

(2) Le *Progrès médical* [illegible] idées nouvelles, nous publions le bulletin de M. [illegible] l'attention et les réflexions [illegible] développe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. QUINQUAUD présente, au nom de MM. MAIRET et COMBEMALLE, une étude physiologique de l'*uréthane*.

M. D'ARSONVAL a étudié les phénomènes inhérents à la production de la chaleur dans les muscles électrisés et non contracturés. Cette chaleur est produite par les changements chimiques qui se font dans les muscles.

M. BROWN-SÉQUARD, continuant ses recherches sur la rigidité, a remarqué que celle-ci cessait lorsqu'on coupait la moelle épinière.

M. D'ARSONVAL présente un dispositif spécial qu'il a imaginé pour augmenter la sensibilité des instruments galvanométriques par la lecture de leurs inscriptions. Répondant à M. Dupuy, qui a dit que les muscles contracturés étaient, chez les hystériques, le siège d'une élévation de température, il parle d'une cause d'erreur qui tient à la persistance de la circulation dans le muscle. Il ne faudrait pas prendre un trouble circulatoire pour une élévation de température vraie ; avant d'expérimenter, il faut se servir de la bande d'Esmarch et laisser en place pendant l'expérience.

M. DUPUY montre le chien qu'il a déjà présenté à la Société et auquel il a enlevé toute la région dite motrice d'un des hémisphères cérébraux. L'animal aujourd'hui rétabli, marche sans aucune difficulté.

M. BROWN-SÉQUARD demande à la Société de nommer une commission pour assister à l'autopsie du chien qui ne peut manquer d'être intéressante : ce qui est accordé.

M. DUBOIS a cherché l'*action du magnétisme sur le développement des taches de microbes* dans les cultures: il s'est servi plus particulièrement de *micrococcus prodigiosus* ensemencé sur du pain enchanté. Il a placé ses plaques dans le champ magnétique compris entre les pôles de deux énormes aimants. Les cultures qui se trouvaient comprises directement entre les pôles, ont pris une forme allongée allant invariablement du nord-est au sud-ouest. Celles qui se trouvaient dans l'intervalle des branches du fer à cheval, ont pris une forme nettement arrondie. M. Dubois discute ces faits et montre, après avoir éliminé les diverses causes d'erreur, que tous ces phénomènes sont justifiables du magnétisme.

M. DUCLAUX insiste sur l'intérêt que présentent les recherches de M. Dubois et demande des détails sur les procédés employés, sur le local et ses variations de température et d'aération. Il résulte des réponses de M. Dubois, qu'on peut considérer l'expérience telle qu'elle a été instituée comme ayant été faite dans une véritable étuve.

M. D'ARSONVAL a déjà montré, il y a deux ans, les effets du magnétisme sur les phénomènes physiques et chimiques, sur la fermentation, la germination et l'écoulement du sang par un tube capillaire. Un observateur italien a fait voir que la mortalité des œufs placés dans un champ magnétique, était de 1 pour 30 et que les poussins qui naissaient des autres étaient chétifs et ne tardaient pas à mourir. Enfin, certaines décompositions chimiques ne peuvent s'effectuer.

M. DUCLAUX rappelle qu'il a signé avec un médecin russe, M. de HEYDENREICH, une étude sur le microbe du clou de Biskra. Ce dernier adresse aujourd'hui une note à la Société sur le *clou de Pendjdeh*. C'est en effet cette affection et non le choléra ou la peste qui sévit sur les troupes russes cantonnées au delà du Caucase, et avec une intensité telle qu'il a pu observer 1290 cas nouveaux en trois semaines. Toujours, il a trouvé un microbe, et analogue à celui du clou de Biskra, qui, inoculé à l'animal, reproduit la même affection. Le clou de Pendjdeh et de Biskra, le bouton d'Alep, ne font donc qu'une seule et même affection microbienne.

M. POUCHET remet une note sur un phénomène astronomique.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mars. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. LE PRÉSIDENT donne avis que le conseil, à l'unanimité, propose à l'Académie de voter une somme de 10,000 francs pour l'*Institut Pasteur*. La proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. CHARPENTIER rend compte d'un travail adressé à l'Académie par M. Jenot (de Dercy) et ayant pour titre : *Grossesses multiples*.

M. LÉON LE FORT, à propos du cas de fièvre puerpérale qu'il avait rapporté et qui a fait le sujet des discussions précédentes, admet que toute maladie transmissible est caractérisée par un microbe, mais ce microbe peut-il se former primitivement chez un malade par un phénomène d'intériorité ; c'est ce qu'il soutient contre MM. Verneuil, Guéniot, etc. L'air n'est pas le véhicule du germe de l'infection purulente ; les expériences de Roze et les siennes, qui consistent à laisser les moignons d'amputés à l'air libre, le prouvent surabondamment. Pour M. Le Fort, la mort, dans le cas précédemment cité, est due au traumatisme puerpéral combiné avec un état pathologique antérieur sans qu'on ait besoin d'invoquer la théorie du microbisme latent. Il est bien évident depuis les nombreuses expériences de Schrœder et de Pasteur que la théorie de la génération spontanée a vécu et qu'il ne saurait en être question ; mais si rien ne se crée spontanément, on peut dire que tout se transforme et on peut admettre que de même que des éléments morbides peuvent se transformer en éléments d'une nocuité plus grande, de même des éléments normaux peuvent se transformer à leur tour en éléments morbides. Nous aurions ainsi la raison des cas d'infection qui se produisent sans qu'on puisse rattacher leur apparition à une véritable contagion. Ce n'est pas de la génération spontanée, c'est un phénomène de transformation. M. Le Fort revendique les droits de la clinique dans les progrès réalisés jusqu'à ce jour. En effet, bien longtemps avant l'apparition de la théorie microbienne, l'idée de contage était intervenue et avait dicté des mesures qui avaient contribué pour une large part dans l'assainissement des services hospitaliers. Aussi doit-on faire marcher de pair ces deux méthodes si précieuses : l'expérimentation du laboratoire et l'expérience de l'hôpital.

M. VILLEMIN, à propos des recherches de M. Gautier sur les leucomaines, fait remarquer que M. Peter, outrepassant la pensée de l'auteur, a voulu rendre ces alcaloïdes responsables de toutes les maladies contagieuses. Or, la clinique est en contradiction formelle avec l'hypothèse d'un empoisonnement par les leucomaines. Un empoisonnement se traduit en effet par des effets immédiats ; rien de semblable dans les maladies infectieuses chez qui on reconnaît des phases diverses et bien connues, incubations, période d'état, etc. La théorie parasitaire s'impose au contraire, car aujourd'hui on peut cultiver les organismes et l'on est bien forcé d'en subir la tyrannie ; car un fait bien observé, comme c'est le cas, n'est pas niable.

Quant à dire, avec M. Peter, que la théorie microbienne renverse les étiologies les mieux établies, c'est là encore une interprétation fausse. Car si la théorie microbienne repousse en tant que cause déterminante le froid et les autres causes d'affaiblissement de l'organisme, elle les admet comme causes adjuvantes de toutes les affections. Du reste les faits parlent plus haut que tous les systèmes de la disparition de l'infection purulente, de la septicémie, par suite des procédés antiseptiques ni des théories microbiennes, sont en faveur de ces dernières et viennent plaider en leur faveur.

M. OLLIVIER, à propos d'une épidémie de fièvre scarlatine observée à l'hôpital des Enfants-Malades, demande la création de salles et de pavillons spéciaux qui permettent l'isolement absolu des malades atteints de scarlatine.

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. FÉRÉOL, à propos du procès-verbal, rapporte l'observation d'un malade guéri d'un kyste hydatique du foie par la laparotomie. Il pense qu'il n'aurait pas pu être guéri autrement.

M. GÉRIN-ROSE donne quelques détails sur le mode opératoire dont il s'est servi pour le traitement du malade dont il a parlé dans la dernière séance.

M. DIEULAFOY pense qu'on ne saurait adopter un mode de traitement uniforme pour tous les kystes hydatiques. Parmi les circonstances qui doivent influer le plus sur le choix du mode de traitement, l'âge du kyste est certainement d'importance capitale. Si le kyste est jeune, il peut guérir après une seule ponction; si ses parois sont dégénérées ou suppurées, il faut faire la laparotomie.

MM. BLACHEZ et TENNESSON ont vu également des kystes guéris à la suite d'une simple ponction; ils n'ont jamais observé d'accident : la ponction doit être toujours le premier mode de traitement à employer.

M. LABBÉ ne croit guère à l'efficacité de la ponction simple; il a vu récemment trois cas guéris grâce à la suppuration.

M. TENNESSON présente la thèse qu'il a inspirée à un de ses élèves, M. Mignot. Il résulte de ce travail qu'une piqûre d'un gramme d'ergotine suffit pour faire disparaître pendant 8 à 15 jours et même trois semaines les sueurs nocturnes profuses d'un phtisique.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ expose les difficultés du pronostic du cancer de l'estomac. Lorsque les orifices sont atteints, la mort par inanition survient rapidement, mais lorsque seules les parois sont plus ou moins complètement envahies, tantôt la survie peut être assez longue (dans un cas, un malade qui semblait mourant survécut 3 mois), tantôt au contraire la mort arrive rapidement (en 8 jours chez une femme ayant un cancer en nappe). Dans un autre cas bien différent, une femme qui avait un cancer du pylore avec vomissements et douleurs très vives, fut tellement améliorée par quelques lavages qu'elle survécut un an et demi sans aucun accident. Elle fut ensuite prise à nouveau de douleurs et mourut subitement par perforation. Le cancer péri-pylorique n'avait atteint que les glandes à mucus.

M. BEAUMETZ pense que cette sélection que peut faire le cancer de tels ou tels éléments anatomiques qu'il envahit, pourrait peut-être correspondre à des variations dans la symptomatologie.

M. HAYEM fait remarquer l'extrême variabilité de la marche du cancer; tantôt un cancer très étendu est compatible avec une survie assez longue, tantôt, comme dans un cas qu'il cite, un très petit noyau peut amener rapidement la mort avec des symptômes d'anémie pernicieuse. A un autre point de vue il semble, d'après deux cas de M. Hayem, que les glandes à pepsine sont détruites lorsque le malade a du dégoût pour les aliments azotés.

M. DEBOVE cite une observation de contagion directe de la fièvre typhoïde sans que les conditions hygiéniques irréprochables permettent d'admettre la contagion indirecte. Dans une famille récemment arrivée à Paris, un enfant prend la fièvre typhoïde, il est en pleine maladie le 20 novembre; un second enfant commence sa fièvre le 23 novembre et meurt le 8 janvier. Un 3ᵉ est atteint le 29 novembre; un 4ᵉ le 17 décembre et un 5ᵉ le 29 décembre. Un 6ᵉ enfant reste seul indemne. Ces enfants habitaient une maison neuve, la désinfection des déjections des malades se fit rigoureusement; les fosses se vidaient directement à l'égout, l'eau venait de la canalisation de la ville; les enfants habitaient l'étage supérieur, mais venaient prendre leurs repas dans l'appartement où se trouvaient les malades, mais sans jamais être en contact avec eux. On ne peut donc supposer qu'il ait pu se créer un foyer qui, contaminé par les déjections, serait devenu un centre d'infection secondaire, ainsi que l'admet l'école de Pettenkoffer, et comme on l'observe souvent, la contagion semble avoir été directe comme dans une fièvre éruptive, par exemple. Il s'engage sur ce sujet une longue discussion au cours de laquelle M. JOFFROY ayant dit que sur 240 cas de fièvre typhoïde qu'il a recueillis depuis quelques années, il n'a pas observé un seul cas de contagion hospitalière, M. RICHARD cite le cas du pavillon des typhiques à l'hôpital militaire de Munich. Les infirmiers employés à ce pavillon sont en général des jeunes gens arrivant de la campagne; or, tous contractent la fièvre typhoïde bien que les prescriptions hygiéniques soient rigoureusement observées; il est vrai que ces infirmiers habitent dans ce pavillon.

M. KELICH rappelle le mémoire déjà ancien de Piedvache sur la contagion de la fièvre typhoïde dans les campagnes. Il cite des cas où, 2 à 3 jours après l'arrivée d'un typhique dans une petite localité, il s'y déclarait une vraie épidémie commençant par les parents et les voisins de l'arrivant et s'étendant rapidement de proche en proche.

M. FÉRÉOL cite le cas d'une femme qui venait à l'hôpital passer toutes les après-midi auprès de sa fille qui avait la fièvre typhoïde. Peu après la mort de la fille, la mère fut atteinte à son tour.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Sarcome de la muqueuse utérine et hématomètre. — M. TERRILLON communique une observation d'hématomètre provoqué par un sarcome de la muqueuse utérine. La malade avait 53 ans et n'était plus réglée depuis l'âge de 45. Depuis ce moment le ventre avait grossi et était devenu douloureux. Le diagnostic kyste ovarique ayant été posé, l'opération fut faite et la malade guérit. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un sarcome de la muqueuse utérine qui avait obstrué l'orifice du col. Ainsi s'explique l'hématomètre. M. Terrillon a rassemblé les observations analogues et il trace la symptomatologie de l'affection.

M. TILLAUX a observé un cas de sarcome de la muqueuse utérine; il fit trois fois le curage de l'utérus et trois fois l'affection récidiva. Il pense que les opérations palliatives ne suffisent pas et qu'il faut recourir à l'hystérotomie dès le début.

M. GILLETTE a observé trois malades semblables à celles dont M. Terrillon vient de rapporter l'histoire; le curage a guéri radicalement l'une d'elles, les deux autres en sont mortes.

M. PONCET élève quelques doutes sur la nature sarcomateuse des tumeurs que le raclage a radicalement guéri.

M. TERRILLON répond que la nature sarcomateuse a été nettement constatée, mais qu'il s'agit d'une variété de sarcome, rare et à marche spéciale.

Injections dans les kystes de l'ovaire. — M. AUGER lit l'observation de la malade atteinte de kyste ovarique traité par des injections, dont M. Terrillon a présenté les pièces à la dernière séance. Il montre que la malade a guéri à la suite de ces injections et qu'elle n'est morte que sept ans après d'un abcès du foie, étranger au kyste pour lequel elle avait été soignée.

M. TERRILLON attribue les accidents terminaux aux adhérences qui unissaient le foie et l'intestin.

Etranglement interne; lavage de l'estomac. — M. MONOD fait un rapport sur une observation envoyée par M. Quénu. Appelé à traiter des accidents d'obstruction intestinale chez une femme de 53 ans qui portait depuis longtemps une hernie crurale parfaitement réductible. M. Quénu, constatant que les anneaux herniaires étaient libres et non douloureux, se contenta d'abord d'un lavage de l'estomac qui amena un soulagement manifeste. Le lendemain, comme les vomissements étaient devenus fécaloïdes, M. Quénu fit la laparotomie et reconnut que l'intestin s'étranglait dans un diverticule péritonéal, d'origine congénitale sans doute; il débrida cet anneau. L'opérée guérit sans accidents. — M. Monod n'est point partisan du lavage de l'estomac.

M. LE DENTU a pratiqué trois fois le lavage de l'estomac chez des individus atteints d'étranglement et n'a pas obtenu de résultat.

M. NICAISE distingue le lavage et l'évacuation simple de l'estomac. Cette dernière peut suffire pour assurer la gué-

rison dans le cas spécial où des symptômes d'obstruction surviennent par le fait d'une énorme dilatation de l'estomac.

M. Polaillon a fait le lavage de l'estomac sur une malade qu'il ne pouvait opérer; le lavage soulagea la malade et la vie fut prolongée d'une dizaine de jours.

M. Terrier pense qu'on peut essayer l'électrisation ou le lavage qui ont réussi dans certains cas; mais il est d'avis qu'il ne faut pas s'attarder dans ces essais, mais recourir à l'opération.

M. Berger essaye le lavage dans les cas douteux, lors de grande dilatation de l'estomac, et enfin quand le malade a des vomissements particulièrement fréquents.

M. Nicaise présente un fibro-sarcome de la paroi abdominale, qu'il a enlevé chez une femme âgée de 24 ans. Son poids est de 1,200 grammes; il s'est développé en quelques mois.

Séance du 10 *mars* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Corps étrangers articulaires. — M. Kirmisson fait un rapport sur deux observations de corps étrangers intra-articulaires envoyées par M. Krug-Basse et Boppe. Dans les deux cas il s'agissait de corps étrangers d'origine pathologique; l'arthrotomie fut faite et les opérés guérirent. M. Kirmisson établit l'importance de la distinction entre corps étrangers pathologiques et corps étrangers traumatiques, surtout au point de vue du pronostic. Il admet l'arthrotomie comme la meilleure méthode de traitement, mais regrette que tous les points du manuel opératoire ne soient pas encore fixés. Faut-il drainer la synoviale, ou réunir complètement, ou faire deux plans de sutures, un cutané, l'autre synovial, et drainer entre les deux. M. Kirmisson se rattacherait volontiers à cette dernière pratique.

M. Trélat est d'avis que l'opération doit être conduite de manière à éviter les recherches et que, dans ces conditions, le drainage n'est pas utile. Car le drainage a des inconvénients et sa suppression doit être le rêve du chirurgien, dans l'arthrotomie pour corps étrangers.

M. Lucas-Championnière pense que le drainage est un élément de succès et qu'on n'est autorisé à s'en passer que dans certains cas où l'opération a été particulièrement facile.

M. Gillette a fait trois arthrotomies pour corps étrangers; il n'a pas employé le drainage; les opérés ont guéri.

M. Marchand fait remarquer que certains corps étrangers sont d'origine pathologique et traumatique à la fois: tels les ostéo-chondrophytis d'une arthrite sèche qu'un traumatisme détache.

M. Kirmisson range ces corps parmi ceux d'origine pathologique; à propos du drainage, il pense que le mieux est de l'adopter dans les cas compliqués et de le rejeter dans les cas simples.

M. Quénu lit un travail sur *les limites de la matrice de l'ongle; application à l'opération de l'ongle incarné.*

M. Peyrot lit une observation de *transplantation chez l'homme d'un tendon emprunté à un chien; guérison avec conservation partielle de la fonction.*

Séance du 17 *mars* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Poulet présente une tête fémorale sur laquelle une arthrite sèche a déterminé la formation de nombreux arthrophytes.

M. Terrillon présente un *ligateur élastique.*

M. Pozzi se félicite du chemin fait par le ligateur élastique depuis le jour où il présenta son ligateur élastique. Il rappelle qu'il a été le premier, en France, à préconiser la ligature élastique pour l'hystérectomie.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur une observation envoyée par M. Routier: *Trépanation du crâne pour accidents consécutifs à une fracture.* La fracture datait de 4 ans et les accidents de compression étaient survenus au bout de deux ans après la fermeture d'une fistule. L'opération fut suivie de succès, et les accidents disparurent; cependant, l'opérateur ne put constater leur cause véritable. Il en est souvent ainsi; M. Lucas-Championnière en cite un cas tiré de sa pratique: il insiste sur l'innocuité absolue de la trépanation.

M. Verneuil rapporte un exemple de ces cas, d'ailleurs fréquents, dans lesquels les accidents consécutifs à la fracture du crâne ne se montrent que plusieurs années après le traumatisme. A propos du pronostic de la trépanation, M. Verneuil établit une grande différence entre les cas d'intervention pour une lésion chronique et ceux où la trépanation est faite pour une lésion récente qui s'accompagne souvent d'attrition du cerveau en d'autres points.

M. Perrin cite un cas dans lequel le bromure de potassium, administré avec constance, guérit définitivement les crises épileptiformes consécutives à une fracture du crâne avec enfoncement. Aussi M. Perrin conclut qu'il ne faut pas se presser pour trépaner, mais qu'on doit épuiser d'abord les ressources de la médication interne

M. Verneuil rapporte un cas analogue et fait remarquer que le précepte de ne point se presser pour intervenir et de n'intervenir qu'après les tentatives thérapeutiques ordinaires, a été admis par M. Lucas-Championnière et par lui.

M. Lucas-Championnière pense que les faits si nombreux dans lesquels les accidents surviennent longtemps après le traumatisme plaident en faveur de la trépanation préventive, dont il est grand partisan.

M. Terrier présente la statistique des opérations qu'il a pratiquées à l'hôpital Bichat en 1884. Sauf des cas de péritonite à la suite d'ovariotomie ou d'hystérectomie, on constate l'absence complète de toute maladie infectieuse dans le service chirurgical de l'hôpital Bichat.

M. Després présente une fracture de la rotule réunie par un cal osseux en 31 jours. L'écartement primitif n'atteignait pas un centimètre. M. Després a traité cette fracture par la compression, suivie au bout de deux jours de l'application d'un appareil silicaté.

Les membres présents à la Société de chirurgie s'accordent à constater qu'il y a un sillon entre les deux fragments qui sont d'ailleurs mobiles l'un sur l'autre dans le sens transversal.

M. Delorme présente un malade auquel il a réséqué 4 centimètres d'os iliaque pour une carie tuberculeuse.

M. Berger présente un bandage destiné à maintenir les hernies ombilicales: c'est une combinaison de la ceinture ombilicale avec le bandage ombilical de Dolbeau.

M. Terrier croit qu'il est certaines hernies ombilicales, celles sous lesquelles se trouve l'épiploon, qu'aucune espèce d'appareil ne peut maintenir réduite. La réduction provoque des douleurs très violentes. M. Terrier pense qu'il y a lieu de recourir alors à la cure radicale.

M. Nicaise a essayé sans succès l'appareil que vient de présenter M. Berger. En présence de l'impossibilité absolue de maintenir la hernie qui avait déjà présenté trois fois des accidents d'étranglement, M. Nicaise fit la cure radicale; le succès fut entier. Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 *février* 1886. — Présidence de M. Duhomme.

M. C. Paul dit que C. Bernard attribuait des propriété hypnotiques à trois alcaloïdes de l'opium: la morphine, la codéine et la narcéine. Il se demande comment il se fait que ce dernier alcaloïde ne donne plus aujourd'hui les résultats satisfaisants annoncés par Cl. Bernard; le produit est sans doute impur, car l'expérience est inattaquable.

M. Limousin croit que la narcéine que l'on prépare actuellement n'est pas la même que celle que l'on préparait autrefois et qui donnait alors de très bons résultats: opinion que partagent MM. E. Vigier et Huchard. Il serait désirable que cette question fût reprise à nouveau et traitée avec les développements expérimentaux qui s'y rattachent.

M. Huchard lit une observation de M. Dumas (de Cette), ayant trait à l'action de la caféine dans les maladies du cœur.

M. Moutard-Martin, relève dans cette observation un luxe thérapeutique qu'il croit parfaitement inutile. La malade de

M. Dumas souffrait d'une pleurésie diaphragmatique très douloureuse ayant amené une sorte de paralysie cardiaque : dans la circonstance la morphine était bien plus indiquée que la caféine ; les nombreux vésicatoires appliqués étaient également superflus.

M. HUCHARD s'associe à l'opinion de M. Moutard-Martin et donne les résultats de la pratique en ce qui concerne les injections sous-cutanées de caféine qu'il emploie avec succès dans certaines formes cardiaques de la fièvre typhoïde, dans les dyspnées nerveuses coïncidant avec la grippe, dans les néphrites pour exciter la diurèse et remonter l'action cardiaque. La caféine est bien préférable à l'éther; elle n'occasionne en effet aucun accident local.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, expose un procédé employé par M. DESCHIENS, pour fabriquer du kéfir à bon marché. La formule que cet auteur préconise est la suivante :

Levûre de grain. . . .
Sucre en poudre . . . } *aa* 8 grammes.
Eau à 25° c . . . . . .

Quand le mélange commence à fermenter, ajouter un litre de lait : dans les quarante-huit heures la préparation est terminée.

M. HUCHARD dit que c'est là un vrai koumys.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond que le koumys est fabriqué avec du lait de jument et le kéfir avec du lait de vache.

GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

I. **Des paralysies toxiques** ; par E. BRISSAUD ; Paris, 1886.

La définition d'une « paralysie toxique » est bien difficile à préciser et pour peu qu'on y réfléchisse, on comprend qu'il puisse être malaisé de bien limiter son sujet.

M. Brissaud nous semble cependant, en matière aussi délicate, avoir touché juste et, s'il ne veut pas nous donner une vraie définition, il fait mieux encore, il nous fait comprendre en quelques pages d'une façon bien nette et bien claire ce que doivent être les paralysies toxiques.

Qui ne connaît la paralysie radiale du saturnin, véritable type de paralysie toxique, et qui serait tenté de la comparer à des troubles paralytiques fugaces, passagers, survenant à la suite d'une attaque d'encéphalopathie saturnine? Noyés qu'ils sont au milieu d'autres symptômes cérébro-spinaux, ces phénomènes parétiques : hémiplégie, paraplégie, etc., ne relèvent que bien secondairement de l'intoxication plombique; déterminés par des œdèmes, des congestions, des méninges ou même de simples troubles circulatoires du cerveau, ils ne sont en aucun point assimilables aux troubles paralytiques qui méritent seuls le nom de « toxiques. » On pourrait en dire autant des paralysies survenant chez un alcoolique atteint de delirium tremens, chez un diabétique, un anémique, etc.

S'il y a une question des paralysies toxiques, dit M. Brissaud, c'est parce qu'il y a une question des névrites périphériques, c'est dans cette phase qu'il faut chercher la définition de notre sujet. Autrement dit, la paralysie toxique est la manifestation d'un poison soluble quelconque sur le système nerveux périphérique.

On comprend alors, qu'identiques anatomiquement, les paralysies toxiques présentent aussi une presque identité au point de vue clinique, si l'on fait abstraction des symptômes généraux qui appartiennent plus particulièrement à telle ou telle intoxication.

Les paralysies toxiques possèdent donc un grand nombre de caractères cliniques et généraux, de même que chacun revêt un aspect particulier. Elles se limitent à quelques groupes musculaires et toujours à des muscles des membres ; elles sont bilatérales, symétriques ; si elles se localisent, fait important, aux muscles extenseurs, à la période de début, elles peuvent néanmoins atteindre tous les muscles quels qu'ils soient, tout en respectant plus particulièrement le diaphragme, les muscles de l'œil, etc. Elles s'accompagnent d'une façon constante d'une abolition du réflexe rotulien et d'atrophie musculaire; presque toujours localisées, elles peuvent cependant se généraliser, ou bien lentement, progressivement, ou bien d'une façon rapide, simulant alors une véritable myélite aiguë ou subaiguë.

La réaction de dégénérescence, la perte de l'électricité galvanique et faradique du nerf, la perte de l'électricité faradique du muscle, tandis que ce dernier a conservé son excitabilité galvanique (qui est même quelquefois augmentée), enfin la perversion de la formule normale KSZ, tels sont les caractères très importants qui appartiennent encore aux paralysies toxiques.

Les attitudes vicieuses des membres (pieds bots, etc.) avec adhérences des tendons à leurs gaînes, sont la suite inévitable de la paralysie et de l'atrophie musculaires limitées à certains groupes de muscles.

Les troubles sensitifs, hyperesthésie au début, puis anesthésie; les troubles trophiques (sclérodermie, œdème, etc., etc.) jouent aussi un rôle important dans l'histoire clinique des paralysies toxiques.

Parmi celles-ci, M. Brissaud étudie les plus caractéristiques, les paralysies alcooliques, arsénicales, saturnines, enfin celles que déterminent l'intoxication par le sulfure et l'oxyde de carbone.

Les paralysies alcooliques auxquelles se rattachent surtout les noms de Hüss, Lancereaux, Leudet, Charcot, se localisent de préférence sur les membres inférieurs, en particulier sur les muscles extenseurs; c'est l'alcoholic paraplegia » des auteurs anglais qui s'observe surtout, mais dans bien des cas cependant, la généralisation aux membres supérieurs, encore au niveau des extenseurs, a été notée. Il est peu de paralysies toxiques, où les troubles de la sensibilité soient aussi accusés; ils ne font jamais défaut : comme la paralysie motrice, ils sont symétriques; hyperesthésie au début, s'accompagnant de fourmillements, de douleurs térébrantes, fulgurantes, puis, à une période plus avancée de l'anesthésie, tels sont les faits les plus habituels; quand nous aurons signalé les troubles trophiques et vaso-moteurs (œdème, hyperhémie sudorale des extrémités), nous aurons dit ce que sont ces paralysies, aujourd'hui bien connues. Rappelons que ce sont des paralysies *flasques* et que les faits où sont rapportés des exemples de contractures, sont sujets à caution.

Existe-t il un véritable tabes alcoolique sans paralysie? M. Brissaud ne le croit pas, et avec M. Charcot, il subordonne le phénomène incoordination au phénomène paralysie ; l'alcoolique (paralysie ou parésie des muscles extenseurs de la jambe, de la cuisse) est obligé, lorsqu'il veut marcher, d'élever la cuisse sur le bassin à une assez grande hauteur, de façon que la pointe du pied ne traîne pas sur le sol; mais, d'autre part, il ne peut projeter sa jambe en avant, que s'il remue le tronc en arrière ou s'il contracte énergiquement les muscles fléchisseurs de la cuisse, car le triceps a perdu ses fonctions. Il y a là quelque analogie avec le tabétique vrai, mais les dissemblances sont plus considérables encore ; dans tous les cas, l'alcoolique ne présente pas l'incoordination réelle de l'ataxique, indépendante de sa volonté ; chez celui-là, les troubles accessoires du tabes (paralysies oculaires, etc.) font défaut, enfin, celui-ci est atteint d'une affection dont l'évolution est entièrement différente.

Les paralysies arsénicales offrent un aspect clinique presque identique à celui des paralysies alcooliques; on y retrouve en effet presque tous les symptômes que nous venons rapidement de passer en revue, localisations spéciales de la paralysie, troubles sensitifs, etc., jusqu'au pseudo-tabes saturnin.

Le sulfure de carbone détermine aussi des paralysies assez semblables, mais elles ont été moins étudiées jusqu'ici ; en outre, la multiplicité des symptômes cérébraux, vertiges, troubles de la vue, etc., etc., marquent fréquemment l'impotence musculaire.

Les paralysies par l'oxyde de carbone, quoique prédominant parfois dans les extenseurs, peuvent aussi présenter le type hémiplégique; le réflexe rotulien *persiste*;

enfin les troubles sensitifs sont surtout constitués par de l'anesthésie (1).

Un chapitre des plus intéressants de la thèse de M. Brissaud est relatif à l'anatomie pathologique; après avoir rappelé que les lésions caractéristiques des paralysies toxiques sont des lésions nerveuses, que la lésion la plus fréquemment observée est la dégénérescence wallérienne, il rappelle les travaux de Gombault sur la névrite segmentaire périaxiale dans le saturnisme ; là, il existe et probablement aussi dans la névrite alcoolique, un processus préwallérien qui attaque le nerf segment après segment; le cylindraxe, respecté au début, finit à son tour par être détruit, et c'est alors seulement que le tube nerveux, séparé de son centre, présente une dégénération de son bout périphérique. La névrite sans dégénérescence wallérienne expliquerait en effet fort bien certains cas de guérison assez rapide de paralysie toxique ; le nerf peut alors récupérer assez promptement ses fonctions par la décroissance des phénomènes d'irritation, « par le décours premier du cylindreaxe ! »

Dr OETTINGER.

CORRESPONDANCE

Hygiène et épidémiologie. — La fièvre typhoïde à La Roche-sur-Yon.

Plusieurs journaux ont annoncé récemment l'apparition de la fièvre typhoïde dans quelques villes de province, sous forme d'épidémies sévissant avec une intensité toute particulière, pour ne pas dire exclusive, sur les régiments qui y tiennent garnison. Un de nos correspondants nous communique, de Nantes, d'intéressantes remarques résultant de ses recherches sur les causes principales qui lui paraissent avoir présidé au développement d'une épidémie qui, il y a quelques jours à peine, frappait encore le 93e régiment d'infanterie qui est à La Roche-sur-Yon depuis 1873.

Nantes, le 6 mars 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Avec les renseignements qu'il a recueillis, l'un des médecins militaires de la garnison de La Roche-sur-Yon a dû antérieurement établir très complètement la topographie médicale de la ville et de son casernement : aussi n'est-ce pas, à ce point de vue, une étude détaillée que nous vous adressons.

Nous dirons seulement que les casernes du 93me d'infanterie se composent de trois parties distinctes : une vieille caserne à trois corps (dont une partie centrale et deux ailes perpendiculaires), et deux pavillons isolés, de construction récente. Ces divers bâtiments circonscrivent deux cours rectangulaires ayant chacune 220 à 250 mètres carrés de superficie. En peu de mots décrivons ces bâtiments et leurs usages.

Bâtiments. — 1° La vieille caserne, bâtie en 1831 ou 1832, est exposée au S.-O. par sa grande façade ; son corps principal a 99 mètres de longueur extérieurement et chacune des deux ailes, dirigées vers le N-E., 50 mètres. Cette vieille construction est encombrée de murs d'une très grande épaisseur se croisant à angles droits, en tous sens, représentant un cubage énorme et entravant l'aération. Elle contient environ 700 hommes. Sa cour intérieure est peu aérée, mal éclairée, en raison de la forme, de la hauteur et de l'orientation des bâtiments. — 2° Le second corps de logis, qui date de 1875, a environ 35 mètres de long; il est distant de quelques mètres de la vieille caserne, avec le corps de laquelle il forme angle droit ; exposition S.-E. et N.-O. : effectif 320 hommes. — 3° Le troisième bâtiment, contemporain du précédent, en est indépendant et lui est perpendiculaire (Voy. *fig.* 28), formant ainsi entre la vieille caserne et les deux neuves l'une des cours déjà mentionnées. Il a une longueur de 55 mètres et peut contenir 500 hommes.

Ces constructions, qui ont toutes une épaisseur de 16 mètres, ont aussi toutes un rez-de-chaussée et *quatre étages* ; le 4me seul (combles) n'est pas occupé, les rez-de-chaussée sont exclusivement affectés aux bureaux, magasins d'armes ou d'habillement, salles d'escrime, cantines, etc. Les fenêtres, d'une hauteur de 2 mètres 10 à 2 mètres 15, sont tantôt opposées, tantôt unilatérales, selon la disposition des chambres ; de nombreux et louables essais ont été faits dans le but d'assurer l'aération des locaux : carreaux mobiles, carreaux en toile métallique, systèmes ventilateurs ; aucun d'eux n'a été couronné d'un succès absolu. Nulle part il n'existe de plafonds; les murs sont badigeonnés à la chaux ; les escaliers sont en chêne.

Quant au *nombre d'hommes* qui habitent respectivement les diverses chambres, il est très variable : c'est ainsi qu'on voit des chambrées de 6, 14, 18, 26 et 40 lits. D'une manière générale, le cubage moyen est inférieur à 13 mètres cubes par homme.

Latrines. — *a.* Jusqu'en 1885, l'une des latrines (construite en 1875) était située à l'entrée de la caserne (angle Ouest), près des deux casernes neuves ; cet emplacement était un foyer constant d'infection pour les locaux militaires, et aussi pour les habitants du voisinage. On a supprimé la fosse, pour en établir une nouvelle à l'extrémité S.-E. de la cour. Cela n'a pas empêché, ainsi que nous le verrons plus loin, le développement d'une épidémie de fièvre typhoïde à laquelle le régiment, grâce à des soins de propreté et à des mesures hygiéniques bien entendues, avait échappé depuis près de 3 ans.

b. Les anciennes latrines, situées au fond de la cour de la vieille caserne, étaient mieux isolées ; mais les unes comme les autres ayant des orifices libres, sans système obturateur, trop étroits pour l'écoulement des matières, étaient fréquemment obstruées et répandaient dans l'air et dans les locaux des émanations infectes.

Eaux. — Le casernement possède plusieurs puits, facilement taris en été. Diverses analyses de leurs eaux ont été successivement faites ; la dernière, faite à Nantes dans le labo-

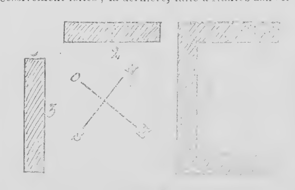


Fig. 28. — Plan schématique de la caserne.

ratoire de M. Moulade, pharmacien militaire, aurait reconnu ces eaux impropres à l'alimentation comme renfermant des matières organiques en proportion notable. Hâtons-nous de dire que la ville n'a pas de service d'eaux, que tous les habitants consomment des eaux de puits très médiocres et que, malgré cela, la population civile ne paraît en souffrir en aucune sorte.

Nous pourrions encore reproduire les desiderata qui nous ont été signalés dans la disposition des *cuisines*, des [illegible] etc.; mais cela nous entraînerait trop loin.

Les casernes, situées au sommet d'un coteau [illegible] à pic sur le point culminant de l'ancienne ville, dominant la petite rivière de l'Yon et le plus vieux quartier de la Roche, habité par une population pauvre et fort peu soucieuse des règles de l'hygiène. Indépendamment de ce voisinage, il nous paraît exister un vice capital dans le groupement des pavillons, trop rapprochés les uns des autres et occupant une superficie trop faible pour une telle agglomération d'individus. Cette disposition constitue un terrain éminemment favorable au développement des maladies infectieuses et, en particulier, à la prolifération du miasme typhoïgène. C'est au concours de ces diverses causes, jointes sans doute à l'aptitude morbide des jeunes gens conduits à y vivre, que l'on doit en grande partie l'apparition périodique des épidémies de fièvre typhoïde qui visitent *tous les deux ans* le 93e de ligne depuis 1874, sévissant de préfé-

(1) Le *bromure d'éthyle* paraît avoir, lui aussi, déterminé des paralysies. Voir : Bourneville et d'Olier, *Compte rendu de Bicêtre*, de 1880 et Roux, *Thèse de Paris*, 1882. (*N. de la Rédact.*)

rence sur certains locaux, condamnés par leur situation et par leur aménagement (Aubert) (1).

Il est douloureux de constater, d'après les tableaux chronologiques de la fièvre typhoïde à La Roche-sur-Yon, que la morbidité n'a cessé d'aller en augmentant chaque année et que les chiffres obituaires ont suivi la même marche ascensionnelle. Il n'y a pas à accuser l'insalubrité urbaine d'une part notable dans l'étiologie de cette mortalité : les conditions hygiéniques de la ville sont bonnes en général, et *jamais* cette maladie n'y règne à l'état épidémique (2). De l'avis de nos confrères de l'armée on ne peut qu'invoquer l'*insalubrité même de la caserne* et, dans leurs études, les médecins chargés successivement du service médical de ce corps se sont attachés à déterminer, dans la caserne de La Roche-sur-Yon, ceux des locaux le plus souvent visités par la maladie, en un mot à *localiser le foyer typhoïgène.*

La première faute a été de *réunir un trop grand nombre d'hommes* sur une étendue de terrain insuffisante, en rapprochant trop les diverses constructions ; de ne pas assez les isoler, de les exposer aux influences délétères du voisinage. En outre, des différents locaux affectés aux troupes, ce sont les étages supérieurs de la vieille caserne (3e étage), les locaux insuffisamment ventilés, en tête desquels figurent les grandes chambres de 36 et 38 lits situées aux angles des ailes en retour, qui ont présenté le chiffre le plus élevé de malades pendant l'épidémie de 1883 (Lubanski, Aubert).

Pour ce qui est de l'étiologie des épidémies précédentes, nous voyons que c'est sous l'influence des miasmes putrides d'*origine humaine* (émanations fécales) que, à deux années d'intervalle et sous les yeux de différents observateurs, l'épidémie a pris brusquement naissance : en 1877, quand l'épidémie a éclaté, on procédait depuis un mois, toutes les nuits, au curage des lieux d'aisance, et si imparfaitement que, pendant cette période, « tous les locaux de la caserne ont été remplis des exhalaisons les plus malsaines » (Boutié); en 1879 (mai et juin) malgré les réclamations faites instamment à ce sujet « les vidanges ne s'effectuaient que lentement et successivement au moyen d'une pompe insuffisante, souvent même en plein jour et avec des seaux! (Longet) ». On ne peut plus invoquer aujourd'hui l'influence des miasmes putrides d'*origine fécale*, puisque les latrines ont été transportées loin des habitations, loin des puits, et que le curage des fosses se fait très rapidement au moyen de pompes *ad hoc.*

L'*eau*, dans toutes les épidémies des années passées et, en particulier, dans celle de 1883 (qui a été la plus meurtrière), a été trouvée de bonne qualité et exempte d'infiltrations provenant des latrines. Pour la première fois, en décembre 1885, l'analyse des eaux des puits de la caserne de La Roche en aurait démontré les propriétés nocives : l'avenir nous apprendra si ces puits, condamnés d'abord puis soumis au curage, peuvent de nouveau, sans danger, être rendus aux usages alimentaires.

Que dire des *influences saisonnières!* Les épidémies antérieures se développaient toujours dans la période æstivo-automnale : l'épidémie actuelle s'est manifestée brusquement dans le mois le plus froid de l'année! Mais vouloir prétendre que les germes typhoïdes, animés ou non, reprennent à l'époque la plus chaude de l'année leur activité et leur puissance morbifique, c'est se payer de mots qui n'éclairent nullement la question et qui détournent peut-être de la vérité, en entraînant l'esprit vers l'hypothèse de l'étiologie parasitaire. Telle est l'opinion d'un homme, expert s'il en fut dans la matière, M. L. Colin.

La série des *fatigues* imposées aux hommes depuis quelque temps, dans une saison pluvieuse, — soit par les exercices, soit pour subvenir aux corvées d'un champ de tir en construction, — a pu augmenter, dans une certaine mesure, les prédispositions individuelles; toutefois l'influence de ces fatigues nous paraît bornée, et très contestable dans l'élaboration de la cause morbifique elle-même. Les prédispositions des soldats, par le fait de leur sélection et de leur arrivée récente dans la ville, sont bien plus grandes que celles de la population civile. Les agglomérations militaires composées d'individus jeunes, non acclimatés, ont le pouvoir (sous l'influence de conditions hygiéniques défectueuses : insuffisance des locaux, encombrement, installation vicieuse des latrines ou des égouts, etc.) de *procréer* la fièvre typhoïde. Hâtons-nous d'ajouter que, s'il est constant que l'épidémie s'est déclarée peu après l'incorporation des contingents nouveaux, ceux-ci n'ont pas été frappés à l'exclusion des anciens soldats qui, au contraire, ont payé un large tribut à l'épidémie.

Des faits que nous venons d'exposer, des précieux renseignements que nous avons recueillis à des sources nombreuses et sures, il se dégage un enseignement. Ce qui était probable pour les épidémies antérieures n'est pas douteux pour celle qui s'est abattue, brutalement, *sans constitution médicale* préalable, sur la caserne de La Roche depuis la seconde quinzaine de décembre jusqu'à la fin de février : dans la genèse de ces épidémies, l'encombrement a constamment joué le principal rôle. Une atteinte ainsi localisée démontre sans aucun doute, non que le mal y a été importé et qu'il s'y maintient par le seul fait de la réceptivité de ceux qui habitent ce milieu, mais signifie encore *qu'il y est né*, trouvant dans ce milieu lui-même et dans le voisinage, des conditions, non simplement de propagation, mais de *génération directe.* Aussi résumerons-nous notre opinion en disant que la dothiénentérie continuera de menacer l'existence des classes appelées à servir à La Roche-sur-Yon, *tant que des mesures rigoureuses d'élargissement ne seront pas prises* : c'est seulement, soit en construisant un pavillon-annexe dans un autre quartier de cette ville, soit en diminuant l'effectif des troupes qui y sont stationnées, qu'on pourra éviter l'*encombrement, l'empoisonnement de l'homme par l'homme* : facteur principal, sinon unique, du fléau redoutable auquel cette garnison semble vouée.

Veuillez agréer, etc. X..

Berlin, 8 mars 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la dernière séance de la Société médicale de Berlin, M. LANGGARD a parlé de l'action de la *caféine*. Des animaux curarisés, dont la respiration est paralysée, recommencent à respirer quelques minutes après une injection de caféine, faite dans les veines, à condition que la dose de curare n'ait pas été trop forte. La caféine est donc un antidote de l'empoisonnement par le curare. L'orateur a donné à ces animaux du curare, et à quelques-uns de la caféine ensuite ; ces derniers restèrent en vie, et les autres moururent. Si on donne aux animaux restés vivants une nouvelle dose de curare, ils meurent ; il reste ainsi démontré que la caféine est l'antidote du curare, si elle est donnée au commencement de l'intoxication.

Le curare paralyse les terminaisons nerveuses motrices périphériques, par conséquent aussi les muscles de la respiration, ce qui produit l'asphyxie. On devrait donc croire que la caféine excite ces muscles, mais l'orateur n'a pu le prouver expérimentalement et n'a rien découvert dans la littérature à ce sujet.

L'orateur a donc cherché une autre explication. On remarque dans l'intoxication par le curare que tous les muscles ne sont pas pris à la fois, les muscles respirateurs résistent les derniers, ils reprennent aussi les premiers leur activité si l'on fait la respiration artificielle. Lorsqu'ils meurent, les animaux présentent de légères contractions musculaires, ce qui prouve que malgré l'abolition des mouvements volontaires, il subsiste une légère irritabilité des extrémités nerveuses. La caféine a

(1) Il est pénible de répéter encore combien les Administrations *publiques* se soucient peu, en province, des règles de l'hygiène, alors que d'*autres* font des sacrifices énormes pour en tenir le plus grand compte possible. On vient de lire comment sont disposés, à La Roche-sur-Yon, les casernements militaires; eh bien! qu'on aille pour comparer, dans cette même ville, visiter l'établissement construit, il y a quelques années, pour une congrégation *religieuse*, au N.-E. de la ville, en dehors des boulevards, presqu'à la campagne, et l'on verra ce qu'il faut en conclure. (*N. de la R.*)

(2) Il est rare de voir une affection épidémique quelconque se développer dans les grands établissements de la ville : lycée, école normale, couvents, etc. La fièvre typhoïde, la rougeole, les autres fièvres éruptives y sont exceptionnelles, l'affection qu'on y observe le plus souvent est la fièvre ourlienne, appelée *jotros* dans ce pays (M. B.).

une action fortement excitante sur les organes centraux, et sur les muscles striés. A hautes doses, on constate chez les grenouilles de la contracture ; à dose plus faible, les muscles se contractent plus facilement, et l'activité musculaire est augmentée.

L'orateur en conclut que dans l'empoisonnement par le curare il s'interpose entre l'organe central et la périphérie un obstacle que des excitations ordinaires ne parviennent pas à vaincre, mais qui cède aux excitations plus fortes produites par la caféine.

Au point de vue pratique, ces expériences sont importantes, car on sait que l'empoisonnement par la codéine ou par les moules produit des accidents analogues. Il faudrait donc essayer la caféine, dans les cas où la dose de toxique ingérée n'est pas trop grande. En outre, on donnera de l'acétate de potasse, qui se transforme en carbonate dans l'économie ; le poison se décomposera plus rapidement dans un milieu alcalin : en outre, l'acetate de potasse est un diurétique.

Ensuite, l'assemblée a entendu le rapport de M. SCHMID sur les ambulances serbes, qui corrobore les résultats acquis jusqu'à ce jour et prouve combien sont brillants les succès obtenus avec la méthode rigoureusement antiseptique dans les blessures sur les champs de bataille. Il faut remarquer que sur 3,000 blessés environ, il en mourut 22 du tétanos, ce qui fait que 13 0/0 des morts ont été enlevés par cette maladie. Pas de maladies internes sauf quelques catarrhes pulmonaires et rougeoles.

M. B. FRAENKEL a entretenu ensuite la Société de l'*angine lacunaire* et *diphthéritique*. Il avait déjà autrefois fait ressortir que l'angine lacunaire ressemble à une maladie infectieuse : la quinine l'améliore en effet, un frisson précède ces déterminations locales, et la fièvre, très élevée, se termine par crise. Souvent il y a hypertrophie de la rate, et souvent la convalescence s'accompagne de grande prostration. Ce qui semblait à l'orateur ne pas cadrer avec les maladies infectieuses, c'est qu'une première angine augmente la prédisposition aux récidives.

Cette objection n'a plus de valeur aujourd'hui, et l'orateur ne la maintient plus, car il y a d'autres maladies infectieuses créant une prédisposition morbide : Ainsi l'érysipèle et le rhumatisme articulaire aigu.

Cette angine lacunaire est-elle contagieuse, à l'exemple d'autres maladies infectieuses ? L'orateur l'affirme. La maladie est épidémique, en ce moment on en observe une épidémie à Berlin ; elle dépend de certains états atmosphériques, le vent du nord-est, les variations barométriques, un abaissement brusque du thermomètre favorisent l'éclosion de cette maladie. On pourrait lui objecter que ces influences s'exercent sur tout le monde à la fois, et qu'une contagion d'un individu à un autre est alors peu admissible. L'orateur répond en montrant que la maladie s'attache souvent successivement à tous les membres d'une famille.

Il ne faut pas confondre l'angine lacunaire avec la diphthérie. On trouve dans les cryptes de l'amygdale un exsudat purulent et muqueux. Si les follicules sont pleins, une goutte vient sourdre à la surface, et l'amygdale est couverte de points d'un blanc sale. Puis, les gouttes, en s'écoulant, se réunissent pour former un exsudat. La différence avec la diphthérie se voit surtout quand on veut enlever l'exsudat, mais le microscope la fait encore mieux ressortir. Dans l'angine lacunaire, il y a des substances muco-purulentes sans fibrine, dans la diphthérie des masses fibrineuses.

Le Dr MAX SALOMON a soumis, il y a peu de temps, au ministre des cultes un projet tendant à créer à la bibliothèque royale et à celle de l'Université, des places pour les docteurs en médecine connaissant à fond la littérature médicale. Ces fonctionnaires s'occuperaient à compléter les bibliothèques en y faisant placer les ouvrages les plus importants de médecine : ils pourraient en outre donner des cours d'histoire de la médecine, branche fort délaissée actuellement ; leurs occupations à la bibliothèque ne seraient pas trop absorbantes, ce qui leur permettrait de donner ces cours. Le directeur de la section universitaire au ministère des cultes, *M. Greiff*, a mandé M. Salomon auprès de lui, et lui a assuré que le ministre ne manquerait pas de proposer un crédit pour la fondation de chaires de professeurs d'histoire de la médecine, branche jusqu'ici délaissée malgré son importance, dans toutes les Universités prussiennes.

On annonce qu'à *Tauberbischofsheim*, que peu de temps après une séance publique de vaccination, 5 enfants vaccinés sont tombés malades de syphilis manifeste. Le médecin traitant rechercha la cause de l'épidémie et découvrit que le médecin vaccinateur avait vacciné avec une lymphe provenant du bras d'un enfant dont la mère, femme de mauvaise vie, est atteinte de syphilis. L'enfant vacciniféré est mort depuis de la syphilis : quant aux enfants infectés, ils sont encore en traitement.

Dr L. CASPER.

VARIA

Concours d'agrégation en médecine.

Ce concours s'est terminé mardi soir 16 mars, à 7 heures. Les candidats admis ont été classés dans l'ordre suivant : *Faculté de Paris* : MM. Brissaud, Ballet, Dejerine, Chauffard. — *Faculté de Bordeaux* : MM. Moussous, Dubreuilh. — *Faculté de Lille* : MM. Lemoine, Chuffard. — *Faculté de Lyon* : MM. Weill, Lannois. — *Faculté de Montpellier* : MM Boinet, Brousse. — *Faculté de Nancy* : MM. Simon, Parizot. Nous enregistrons avec le plus grand plaisir la nomination de nos amis et collaborateurs dévoués : MM BRISSAUD, BALLET et DÉJERINE. Nous le faisons avec d'autant plus de joie que le résultat obtenu n'est que la consécration de leurs brillantes épreuves et de leurs remarquables travaux originaux. S'ils ont montré lors du concours qu'ils étaient capables de bien faire une leçon, leurs recherches antérieures avaient déjà péremptoirement prouvé ce qu'ils valaient et ce qu'on pourrait plus tard attendre d'eux. Ils reçoivent aujourd'hui la juste récompense de leurs labeurs ; nous ne pouvions annoncer leurs succès à nos lecteurs sans y applaudir bien cordialement.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz (1er octobre 1886).

M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, par une lettre en date du 27 février, a informé le Président du Congrès de Biarritz que : 1° Il reconnait l'utilité qui s'attache à cette réunion au point de vue des intérêts français et que pour lui donner un témoignage du très légitime intérêt qu'il lui porte, il confirme l'acceptation de la présidence d'honneur faite par son prédécesseur. 2° Qu'il allouera au Congrès une subvention aussi élevée que le permettra la situation des crédits inscrits au budget de son ministère. 3° Qu'il vient de demander à M. le Président du Conseil d'inviter les gouvernements étrangers à désigner des délégués chargés de les représenter au Congrès de Biarritz.

Des Comités, composés des climatologistes et des hydrologues les plus éminents de chaque pays ont été organisés et fonctionnent régulièrement en Autriche, Italie, Angleterre, Espagne, aux Etats-Unis d'Amérique, en Russie, etc. De nombreux Comités locaux sont également installés depuis longtemps dans toute la région. L'importante situation des membres qui les composent et leur activité contribueront au succès de cette œuvre patriotique.

Répondant aux très nombreuses demandes de renseignements qui lui parviennent tous les jours, le Comité rappelle que pour faire partie du Congrès, il suffit d'adresser une adhésion accompagnée d'un mandat sur la poste de 12 francs à M. le Vte de Chasteigner, Trésorier général du Congrès à Biarritz. Les Compagnies des chemins de fer français et des chemins de fer du nord de l'Espagne, exigeant que la liste des adhérents au Congrès, auxquels la réduction de 50 0/0 sera accordée, leur soit soumise le 1er *septembre au plus tard*, les adhésions parvenues ultérieurement ne pourraient jouir du même avantage.

Institut Pasteur.

Le *Journ. Officiel* du 14 et du 16 mars a publié les deux premières listes de souscription pour l'Institut Pasteur ; elles s'élèvent à 287,490 fr. 20. — Lundi 15 mars, à la *Chambre des Députés*, M. d'Aillières a déposé une proposition de loi ayant pour objet d'ouvrir un crédit de 200,000 francs pour cette fondation. L'urgence a été déclarée. — L'*Académie de médecine* a voté une somme de 10,000 fr pour la création de l'Institut. — L'*Académie française* ayant à disposer d'une forte somme léguée par M. H. DE SUSSY a décidé à l'unanimité de donner sur cette fondation 3,000 francs pour l'Institut Pasteur.

Russie.—Le ministre de l'instruction publique de Russie, a adressé une lettre à M. Pasteur, lui demandant de recevoir dans son laboratoire des médecins russes pour y étudier, sous sa direction, sa nouvelle méthode. M. Pasteur a répondu en rappelant ce qui s'est dit à l'Académie des sciences au sujet de l'établissement international destiné à traiter les personnes mordues par des animaux enragés ;

« Je suis prêt à recevoir de jeunes savants russes, mais je persiste à croire qu'en ce qui concerne la rage on aura le temps de venir de tous les points de la Russie en temps utile Si j'avais un avis à donner à Votre Excellence, je me permettrais de lui soumettre l'opportunité d'un concours pécuniaire à l'établissement vaccinal contre la rage que je projette de fonder le plus tôt possible à Paris, avec l'espoir d'y développer beaucoup les recherches sur la découverte des virus-vaccins des maladies virulentes et contagieuses de l'homme et des animaux.

Je serais heureux alors de donner l'hospitalité la plus large, dans cet établissement, aux savants de votre immense empire. Tous m'ont toujours inspiré la plus vive sympathie. »

Bordeaux. — Le Conseil municipal de cette ville a voté aussi, à l'unanimité, une somme de 5,000 francs pour cet Institut.

Prusse. — A la Chambre des députés de Prusse, M. VIRCHOW demande au ministre quelle attitude le gouvernement compte prendre en ce qui concerne les expériences faites par M. Pasteur, relativement à la vaccination contre la rage. M. de Gossler, ministre de l'instruction publique et des cultes, répond que l'on suit avec attention les expériences de M. Pasteur, mais que l'on ne croit pas que le moment soit déjà venu, *pour l'empire et pour la Prusse*, de mettre les résultats de ces travaux en pratique.

Italie. — A la Chambre des députés à Rome, M. Zucca Fabrizi se propose d'interroger M. Depretis sur les mesures qu'il compte prendre pour étendre à l'Italie les bienfaits de la découverte de M. Pasteur. Le roi d'Italie vient de conférer à ce savant le grand cordon de l'ordre des saints Maurice et Lazare.

On sait que dix-neuf russes (de Bieloje, gouvernement de Smolensk), mordus par un loup enragé, sont venus à Paris demander à être traités par M. Pasteur. Voici quelques détails à cet égard: c'est le 4 mars que les blessés ont été mordus : la plupart l'ont été à la face et présentent des mutilations assez graves : c'est le 13 mars qu'ils sont arrivés à Paris, conduits par le Dr Davidoff (de Bieloje). Ils ont été placés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Richet, et ont subi leur première inoculation antirabique le 14 mars. Il n'est pas sans intérêt, pour bien apprécier le résultat du traitement, de rappeler que dix jours se sont écoulés entre les morsures et la première inoculation antirabique.

Exposition d'hygiène urbaine.

L'exposition d'hygiène urbaine, organisée par les soins de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, et dont nous avons parlé dans nos deux derniers numéros, aura lieu à partir du 1er mai prochain à la caserne Lobau, derrière l'Hotel-de-Ville. Cette exposition, d'un caractère exclusivement scientifique et technique, comprendra tous les plans et modèles de constructions, ainsi que les appareils destinés à assurer la salubrité du sol, du sous-sol, des habitations privées, des maisons à bon marché et des édifices publics, tels que : écoles, hôpitaux et hospices, théâtres, salles de réunion, asiles de nuit, etc. Les emplacements seront gratuits. Elle est placée sous le patronage du Conseil municipal et de savants appartenant à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté de médecine, au Comité consultatif d'hygiène publique de France, au Conseil de salubrité de la Seine, à la Commission des logements insalubres, au Parlement et à l'Administration. Pour les demandes d'admission et tous renseignements, s'adresser à M. le président de la Société de médecine publique, caserne Lobau, Paris, annexe est de l'Hotel-de-Ville.

Réunion des médecins-dentistes suisses à Zurich.

« Une assemblée d'un nouveau genre vient d'avoir lieu dans les salons de l'hôtel Victoria. Les médecins-dentistes de la Suisse avaient été convoqués par un des leurs, M. Wellauer, de Frauenfeld, à une réunion dans le but de rehausser le niveau de leur profession par toutes les voies légales. 54 médecins-dentistes répondaient à l'appel, venus de presque tous les cantons. Genève était représentée par les professeurs de l'école dentaire.

Deux de ces derniers, M. le Dr Redard et M. Weber, avaient déposé sur le bureau une déclaration de principes signée par 45 médecins-dentistes suisses qui désirent accepter comme base des travaux de la conférence les idées suivantes : 1° Assimiler l'art dentaire à l'art médical au point de vue légal ; 2° établir comme minimum d'études exigibles dans toute la Confédération le programme des études de l'école dentaire de Genève ; 3° transformer cette dernière en école fédérale ; 4° restreindre et en tous cas régler la compétence des mécaniciens-dentistes ; 5° créer une société odontologique suisse dans le but d'élever le niveau de la profession.

Après une intéressante discussion, l'assemblée s'est constituée en *Société odontologique suisse*. Elle a, en outre, nommé une commission chargée d'étudier les moyens à employer pour arriver à soumettre l'exercice de l'art dentaire à un examen sérieux, valable dans toute la Suisse. Cette commission a été composée de MM. le professeur Dr Billeter, de Zurich (président) ; le Dr professeur Redard, de Genève (vice-président) ; le professeur Weber, de Genève ; M. Wellauer, médecin-dentiste, de Frauenfeld, secrétaires ; Dr Debonneville, de Lausanne ; Dr Rittmann, médecin-dentiste expert, à Bale, et Kœlliker, médecin dentiste, à Zurich.

Le bureau de cette commission est également celui de la nouvelle Société odontologique. La séance officielle a été suivie d'un brillant dîner à l'hotel Victoria. On peut espérer que les résolutions prises auront un résultat favorable et pour MM. les dentistes, et pour le public. » (*Journal de Genève*, du 12 mars 1886).

NÉCROLOGIE

M. le professeur Courty.

Le professeur A. COURTY, de la Faculté de Montpellier, né le 2 novembre 1819, a succombé le 2 mars dernier aux suites d'une longue et cruelle maladie.

Sa carrière médicale a été brillante et des mieux remplies. Successivement aide d'anatomie, puis chef de clinique chirurgicale, agrégé en chirurgie, il devint en 1856, professeur d'opérations et appareils, et prit en 1865 possession de la chaire de clinique chirurgicale. Professeur honoraire depuis quelques années, il était parvenu à une haute situation comme chirurgien et surtout comme gynécologue.

Parmi les nombreux travaux de Courty nous signalerons surtout les publications suivantes : son excellente thèse inaugurale. *De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine* (1845) » ; un mémoire pour la licence ès sciences sur « *la structure et les fonctions des appendices vitellins de la vésicule ombilicale du poulet* (1846) » ; un mémoire sur les *substitutions organiques* (1848) ; sa Thèse d'agrégation « de l'emploi des moyens anesthésiques en chirurgie (1849) » ; *un compte-rendu de clinique chirurgicale* (1850-51), où se trouvent d'intéressantes études sur le tissu cicatriciel, sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, etc. Enfin, nous rappellerons surtout le *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, dont la première édition date de 1866, couronné par l'Institut, et resté classique, et le seul ouvrage moderne de gynécologie vraiment complet qu'on ait eu longtemps en France.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 22. — 3e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Vulpian, Damaschino, Straus. — 1er d'*Officier de santé* : MM. Le Dentu, Terrier, Kirmisson.

MARDI 23. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Richelot ; 2e *Série* : MM. Duplay, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. Ball, Bouchard, Hallopeau.

MERCREDI 24. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Guéniot, Terrier, Reclus ; — 2e *Série* : MM. Nicaise, Le Dentu, Pinard ; — 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

JEUDI 25. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Delens, Berger, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Laboulbène, Hallopeau. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Brouardel, Peter, Quinquaud.

VENDREDI 26. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Nicaise, Segond.

SAMEDI 27. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Jaccoud, Bouchard, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Berger, Campenon ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Peter, Ball, Hutinel ; — 2e partie, 2e *Série* : MM. Cornil, Grancher, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 26. — M. Uribe. Des différentes formes de dyspnées chez les brightiques. — M. Gaudichier. De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis.

Enseignement médical libre.

Maladies de la gorge du larynx et du nez. — La clinique du Dr CARTAZ, est transférée, 15, rue Rochechouart. Consultations, le mardi, jeudi, samedi de 9 à 10 heures du matin.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 mars 1886 au samedi 13 mars 1886, les naissances ont été au nombre de 1294 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 441; illégitimes, 177. Total, 658. — *Sexe féminin* : légitimes, 480; illégitimes, 156. Total, 636.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 mars 1886 au samedi 13 mars 1886, les décès ont été au nombre de 1271, savoir : 647 hommes et 624 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7 F. 8. T. 15. Variole : M 3, F. 2 T. 5 — Rougeole . M. 7 F. 5, T. 12. — Scarlatine : M. 7. F. 4 T. 11. — Coqueluche : M. 4. F. 2 T 6 — Diphthérie, Croup : M. 25 F. 26, T. 51. — Dyssenterie : M 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 1, F 4 T. 5. Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M .., F .., T .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 25 F. 20. T. 45 — Phthisie pulmonaire . M 110, F. 84. T 194. — Autres tuberculoses. M 18 F. 10. T. 28. — Autres affections générales : M. 27. F. 35 T 62 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 30, F. 41. T. 71 — Bronchite aiguë : M 25, F. 25, T. 50 — Pneumonie : M. 82, F. 87, T. 169. — Athrepsie : M 32. F 35 T 67. — Autres maladies des divers appareils M 215 F. 215, T 430. — Après traumatisme : M. .., F. .., T .. — Morts violentes : M. 16 F 6. T. 22. — Causes non classées M 12 F. 11, T 33.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 40 ; illégitimes, 13 Total : 53. — *Sexe féminin :* légitimes, 26 ; illégitimes, 14 Total : 40

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. — La première épreuve (écrite) est terminée. On vient de tirer au sort l'ordre dans lequel les candidats devront subir la deuxième épreuve (orale de 3/4 d'heure après 3 heures de préparation) ; l'ordre est le suivant, quoique les candidats portant le nº 7 et le nº 8 ne doivent passer qu'à la fin par suite de maladie : 1. M. Augagneur ; 2. M. Michaux ; 3. M. Gangolphe ; 4. M. Routier ; 5. M. Pautrin ; 6. M. Truc ; 7. M. Ménard ; 8. M. Barette ; 9. M. Jalaguier ; 10. M. Piqué ; 11. M. Nélaton ; 12. M. Brun ; 13. M. Castex ; 14. M. Forgue ; 15. M. Bazy ; 16. M. Dénucé ; 17. M. Delapersonne ; 18. M. Pousson ; 19. M. Ramonède ; 20. M. Etienne ; 21. M. Marchand, 22 M. Schwartz ; 23. M. Remy ; 24. M. Auvard ; 25. M. Maygrier ; 26. M. Stapfer ; 27. M. Bar ; 28. M. Gerbaud ; 29. M. Boissard ; 30. M. Bureau. — La première séance a eu lieu mercredi soir, 17 mars, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. — Aux épreuves orales, commencées mercredi, ont été posées jusqu'à aujourd'hui les questions suivantes ; mercredi : *Le Panaris*. MM. Augagneur et Michaux ; jeudi : *Des abcès des os* : M. Gangolphe ; M. Routier, inscrit pour ce jour, mais excusé, passera dans une séance prochaine.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histoire naturelle médicale.* — M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 24 mars 1886, à onze heures (Grand Amphithéatre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Medecine légale. — M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 26 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi (Petit Amphithéatre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Pharmacologie. — M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 27 mars 1886, à midi (Petit Amphitheatre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi 23 mars 1886, à deux heures de l'après-midi (Grand Amphithéatre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Thérapeutique et matière médicale, — M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 22 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi (Petit Amphithéatre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de chimie médicale. — M. Hanriot, agrégé, commencera le cours complementaire de chimie médicale, le lundi 22 mars 1886, à neuf heures trois quarts du matin (Grand Amphithéatre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis, suivants, a la meme heure.

Cours complémentaire d'histoire naturelle. — M. Raphael Blanchard, agrégé, commencera le cours complementaire d'histoire naturelle, le jeudi 18 mars 1886, a une heure de l'apres-midi (Grand Amphithéatre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de physique. — M. Gariel, agrégé, commencera le cours complementaire de physique, le samedi 20 mars 1886, à deux heures de l'apres-midi (Petit Amphithéatre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la meme heure. *Sujet du cours :* Instruments d'optique ; magnetisme et electricite ; proprietés moleculaires des corps.

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M Humbert, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le mardi 23 mars 1886, à quatre heures de l'après-midi (Amphithéatre Laënnec), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la meme heure.

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Joffroy, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le mercredi 24 mars 1886, à cinq heures de l'après-midi (Amphithéatre Laënnec), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de paris. — M. Ribemont-Desaignes, agrégé, est chargé en 1886 d'un cours de clinique d'accouchements, pour les élèves sages-femmes, à ladite faculté.

Faculté des sciences de paris. — M. Hébert, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite faculté.

Faculté de médecine de nancy. — M. Guillemin, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté en remplacement de M. René, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine et de pharmacie de lyon. — Un congé du 1er février au 31 octobre 1886 est accordé sur sa demande et pour raison de santé à M. Berne, professeur de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Poullet, agrégé, est chargé temporairement à ladite Faculté d'un cours de clinique obstétricale. — M. Sabatier, agrégé, est chargé pendant le congé de M. Berne d'un cours de pathologie externe de la Faculté

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de bordeaux. — Conformément à l'article 6 du décret du 25 juillet 1885, le doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est autorisé à acquerir au nom de cet établissement, une parcelle de terrain située à Toulouse, près Bordeaux, pour servir à l'installation d'un jardin botanique annexe de ladite Faculté.

Faculté des sciences de bordeaux. — M. Boignier, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, est nommé chef des travaux chimiques à la Faculté, en remplacement de M. Simonet, décédé.

Ecole pratique des hautes-etudes. — *Laboratoire de tératologie* (Batiments du musée Dupuytren). M. Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, dans son laboratoire (Batiments du musée Dupuytren), le mardi 30 mars 1886, à 4 heures de l'après-midi, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'amiens. — Sont nommés : MM. Lenté, prosecteur ; Farcy, préparateur de chimie ; Leroux, préparateur de pharmacie ; Ségard, préparateur d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de la faculté de dijon. — Par decret, en date du 16 mars 1886, un concours s'ouvrira le 1er octobre 1886, devant l'Ecole preparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Ecole de plein exercice de medecine et de pharmacie de nantes. — M. le Dr Dianoux, suppleant de chirurgie, est prorogé dans ses fonctions, et chargé, comme auparavant, de la clinique ophtalmologique, jusqu'au 31 octobre 1888.

Ecole de médecine de marseille. — MM. Marcorelles et Villeneuve, professeurs suppleants de chirurgie, sont proroges dans leurs fonctions.

Universités étrangères. — M. le Dr Gaule vient d'etre nommé professeur de physiologie à la Faculte de médecine de Zurich.

Association générale des étudiants des facultes et écoles supérieures de paris. — Le mardi 16 mars à 8 heures et demie du soir, a eu lieu, dans le grand Amphithéatre de la Sorbonne, l'Assemblée générale de l'Association, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur président du Conseil général des Facultes, et membre honoraire de l'Association ; — MM. Greard, Pasteur, Lavisse et Bréal ont prononcé chacun une petite allocution des plus applaudies ; une ovation véritablement *enthousiaste* a été faite aux paroles de M. Pasteur, lorsqu'il a abordé la question du traitement de la rage. L'Association, fière d'être ainsi patronnée par de tels membres honoraires, peut desormais considérer son existence comme assurée ; ce dont témoignent d'ailleurs le nombre toujours croissant des adhésions (membres actifs et membres honoraires.)

Médecins conseillers généraux. — Le Dr Lecannelier, maire de Carneville, a été élu conseiller général dans le canton de Barneville (Manche).

14ᵉ ANNÉE. — 2ᵉ SÉRIE. T. III. N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 27 MARS 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. le professeur **U. TRÉLAT**.

De la tuberculose.

2ᵉ Leçon, recueillie et rédigée par le Dʳ **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Vous vous souvenez que j'en suis resté, en finissant ma leçon précédente, à la période d'étonnement et de recherches prolongées qui a suivi l'apparition de l'ouvrage de Villemin (2).

Je vous ai montré combien, depuis 1865, le domaine de la tuberculose s'était accru. Dans ce rapide aperçu, j'ai oublié de vous mentionner des travaux de premier ordre qui méritent, par leur importance, de prendre une place à part dans l'historique de la question : ce sont les recherches de Lannelongue relativement aux lésions tuberculeuses des os et du tissu cellulaire. Lannelongue a démontré, un peu pour les os, beaucoup pour le tissu cellulaire, que les lésions désignées sous le nom d'abcès froids, et dont la pathogénie était loin d'être bien claire, ne sont autre chose que des lésions d'origine tuberculeuse. On rattachait les abcès froids d'origine osseuse, abcès souvent migrateurs, à une carie ou à une nécrose ; quant aux abcès froids du tissu cellulaire, sans rapport avec une lésion quelconque du système osseux, on ne les différenciait des abcès chauds que par leurs allures torpides et leur marche chronique, ce qui revenait à peu près à dire qu'un abcès froid était la même chose qu'un autre abcès, à cela près qu'il n'était pas chaud. C'est donc une véritable conquête que Lannelongue a faite au profit de la science chirurgicale, lorsqu'il a établi que les abcès froids étaient d'abord des tumeurs solides, qui ne subissaient que plus tard la dégénérescence granulo-graisseuse et la suppuration.

C'est ainsi que le domaine de la tuberculose s'est progressivement agrandi depuis 18 ans, qu'on a su mieux reconnaître toutes les manifestations de la diathèse tuberculeuse, et qu'on est parvenu à y rattacher une foule de lésions dont l'origine était restée jusqu'alors entourée d'obscurité.

Voici maintenant une autre phase de l'étude de la question qui nous occupe, phase à laquelle se rattachent les noms de Köster, de Thaon, Charcot, Grancher, pour ne citer que quelques-uns des auteurs qui ont pris part à ce mouvement. Ces auteurs ont reconstitué l'unité de la tuberculose. Vous vous rappelez la distinction faite entre les produits caséeux et le tubercule vrai par Reinhardt, Virchow et d'autres. Eh bien ! cette doctrine de la dualité fut alors battue en brèche par les anatomo-pathologistes que je citais tout à l'heure : par Köster, qui démontra l'existence de tubercules primitifs au milieu de ces masses caséeuses ; par Thaon, qui établit que dans la pneumonie caséeuse on trouve du tubercule à une certaine époque, et qu'ainsi le tubercule vrai coexiste avec les produits caséeux ; par Charcot, qui décrivit le nodule tuberculeux, sorte de petit organisme anatomo-pathologique, d'où tout le reste dérive par des transformations successives, par des groupements divers ; par Grancher, dont les travaux nombreux ont contribué pour une large part à la solution de cet important problème. Ce dernier, actuellement mon collègue dans cet hôpital, a montré que les produits caséeux de la tuberculose, où qu'ils soient, sont uniquement une phase de l'évolution du tubercule, et qu'à une époque déterminée, on trouve simultanément, sur les mêmes sujets et dans les mêmes organes envahis par la tuberculose, le nodule, le tubercule, et leur aboutissant ultime, qui est la masse caséeuse. En d'autres termes, on a réalisé alors la démonstration anatomo-pathologique de ce fait : qu'il ne s'agissait dans tout cela que d'une lésion unique, dont les divers aspects étaient en rapport avec des degrés divers de l'évolution du tubercule. Cette période de recherches, qui a débuté vers 1869, et qui a été surtout active de 1870 à 1872, constitue ce que j'appellerai la période de reconstitution de l'unité de la tuberculose.

Ainsi donc, Laennec, Villemin et Grancher sont arrivés par des voies différentes à établir cette vérité de l'unité de la tuberculose : Laennec par la clinique, Villemin par l'expérimentation, Grancher par les preuves directes tirées de l'étude anatomo-pathologique, et le mérite d'avoir fourni ces preuves directes assure d'ores et déjà à celui-ci une grande place dans la science. Cette démonstration a été faite définitive en 1876.

Entre temps, on affermissait les idées suivantes : la tuberculose est une maladie à *tendances évolutives diverses* ; la tuberculose est une maladie *envahissante* ; la tuberculose est une maladie *à foyers multiples*. Et Grancher résumait son opinion sur la tuberculose en cette phrase, que je veux vous citer textuellement, et dont je vous ferai tout à l'heure comprendre toute l'importance par quelques exemples : « *En définitive*, disait-il, *la tuberculose se présente comme une néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséeuse.* »

Tendance fibro-caséeuse, dit Grancher ; or, ce que nous observons dans les abcès froids justifie pleinement cette assertion. J'ai ouvert et gratté beaucoup d'abcès froids ; jamais je n'ai fait cette opération sans constater les particularités suivantes : contenu pultacé, grumeleux ; puis membrane fongueuse, molle, tapissant les parois du foyer, et s'enlevant aisément à l'aide de la curette ou même quelquefois par le simple frottement avec une éponge ; enfin, au-dessous de cette membrane, une autre membrane plus épaisse, de nature fibreuse, circonscrivant l'abcès et le séquestrant des parties environnantes. C'est à l'existence de cette couche fibreuse limitante que le grattage doit son efficacité dans le traitement des abcès froids, c'est sur elle que repose l'espoir de la guérison. En effet, par la destruction de la couche fongueuse interne, on substitue à une paroi indéfiniment suppurante une paroi saignante, vivace, dont les surfaces opposées vont pouvoir, en s'accolant l'une à l'autre, donner lieu à une cicatrisation solide et définitive.

Nous trouverons aisément, sans nous écarter du

(1) Leçon du 20 novembre 1883.
(2) Voir *Progrès médical*, nº 11, 1886.

domaine chirurgical, des preuves de la *tendance envahissante* de la tuberculose. Et, sans aller plus loin, les abcès froids vont nous en fournir une. Rappelez-vous ce que nous disait notre malade à l'abcès froid de la région lombaire, que vous m'avez vu opérer l'autre jour : lorsqu'elle a commencé à souffrir, elle a remarqué, dans la région malade, l'existence d'une toute petite tumeur ; puis, peu à peu, cette tumeur a augmenté de volume et s'est étendue, si bien qu'au moment où nous l'avons ouvert et raclé, l'abcès avait atteint le volume du poing. Je prends cet exemple au hasard ; il est assez probant pour qu'il ne me semble pas nécessaire d'en chercher d'autres.

Quant à la *multiplicité des foyers*, contemporains ou non, vous pouvez la constater journellement. Ne voyez-vous pas presque fatalement la phthisie pulmonaire marcher de pair avec la phthisie laryngée ? La tuberculose pulmonaire n'accompagne-t-elle pas presque toujours la tuberculose de la langue ? Le testicule tuberculeux ne se rencontre-t-il pas le plus habituellement chez des sujets dont les poumons sont plus ou moins envahis par les tubercules ? Je traitais, il y a quelques mois à peine, un malheureux jeune homme auquel j'avais dû réséquer la hanche droite pour des lésions d'origine tuberculeuse, et qui avait présenté ultérieurement une coxalgie du côté opposé et un mal de Pott, reconnaissant tous deux la même origine. Et je vous rappellerai encore, à ce point de vue, ce pauvre homme qui a succombé l'an dernier dans notre salle Saint-Pierre, épuisé par la suppuration et la douleur, à la suite d'une arthrite tuberculeuse du genou gauche, après avoir subi quelques mois avant l'amputation de la cuisse droite pour une lésion semblable du genou droit. Mais il est inutile d'insister davantage sur ce point.

La tuberculose présente une autre tendance très importante à connaître, et qu'il est consolant de constater : c'est la *tendance à la guérison*. Cette tendance à la guérison a été indiquée par Laennec et reconnue par d'autres observateurs, parmi lesquels il faut citer Prus, qui étudia beaucoup, à la Salpêtrière, l'anatomie pathologique de la tuberculose, et qui signala la guérison possible des tuberculeux par cicatrisation des cavernes ou par crétification des foyers de tubercules. Pidoux a également insisté, dans des travaux, sur la curabilité de la tuberculose, et Grancher a étudié plus tard le mécanisme par lequel cette guérison peut avoir lieu. Bouvier, après David, chirurgien du siècle dernier, dont il citait volontiers l'ouvrage, disait que la guérison des abcès froids était chose possible, quoique rare, et qu'il ne fallait pas en désespérer. La nature produit quelquefois cette guérison par un mécanisme qui aboutit au même résultat que notre invention par le grattage. Les choses peuvent se passer de même dans les tubercules de l'épididyme, et aussi dans les tubercules du poumon, et, dans un cas comme dans l'autre, ce processus curatif peut aboutir à une cicatrisation définitive par prolifération fibreuse.

Lorsque Grancher et Charcot eurent décrit le nodule tuberculeux, constitué par une cellule géante ou un vaisseau central entouré d'une couronne épithélioïde, on se crut très avancé sur l'histologie de la tuberculose : on connaissait la marche de la maladie, ses localisations multiples, ses processus curatifs, et l'on se croyait en possession de sa caractéristique anatomique.

Mais cette satisfaction anatomo-pathologique ne fut pas de longue durée. M. Hip. Martin venait démontrer, par de nombreuses expériences, qu'en projetant dans le péritoine, dans les articulations ou dans le tissu cellulaire, des poudres diverses, soit inoffensives, comme la poudre de lycopode, soit irritantes, comme la poudre de cantharides, on faisait naitre des amas opalins, identiques, par leur aspect et par leur structure, au follicule tuberculeux primitif. Ces expériences ont été répétées et variées de telle sorte, que force fut de reconnaître l'identité entre le tubercule vrai et le tubercule expérimental. Si bien qu'il y a deux ans, on ne se hasardait qu'avec la plus grande défiance dans la détermination du tubercule.

Il faut dire pourtant que, si la ressemblance est grande entre les deux produits, jamais on ne voit les petites masses opalines produites expérimentalement s'agglomérer et suivre le processus fibro-caséeux ordinaire des noyaux tuberculeux vrais. L'expérience reproduit la lésion initiale, mais non la marche ultérieure ; il y a identité dans l'élément anatomique, analogie dans le processus ambiant, mais différence considérable dans l'évolution et dans la marche.

Nous en étions là, il y a deux ans, presque hier, lorsqu'on eut connaissance d'un ordre de recherches tout nouveau. Entraînés par l'influence des travaux de Pasteur, et préoccupés par les résultats des expériences de Villemin, des observateurs distingués s'attachaient à découvrir le parasite de la tuberculose. Bouchard, d'un côté, Toussaint, de l'autre, poursuivaient cette étude, et avaient tous deux la conviction de l'existence de ce parasite, mais sans avoir encore pu en réaliser la démonstration, lorsque Koch, de Berlin, vint en fournir la preuve en décrivant la bacille de la tuberculose, et en indiquant les procédés grâce auxquels il avait pu parvenir à le mettre en évidence. Il montra que ce bâtonnet, ce bacille, existe dans tous les produits tuberculeux, crachats, selles, masses caséeuses, pus de fistules ou d'abcès froids, etc. La constatation de ce bacille repose sur l'emploi d'une série d'artifices de préparation. Vous savez qu'on est aujourd'hui en possession d'un grand nombre de réactifs histologiques qui provoquent des élections de coloration, c'est-à-dire qui colorent certains éléments anatomiques à l'exclusion des autres, ceux-ci les noyaux, ceux-là les fibres nerveuses, d'autres le tissu conjonctif, etc. ; on possède également des réactifs par l'action desquels on détruit ou fait disparaître tel ou tel élément d'un tissu. C'est en utilisant ces moyens d'observation que Koch est parvenu, par une technique spéciale assez compliquée, à démontrer le bacille de la tuberculose. En traitant des produits tuberculeux par les procédés qu'il indique, et en observant les préparations avec de très forts grossissements, on aperçoit de petits bâtonnets colorés en bleu, qui ne sont autre chose que ces bacilles, et dont les dimensions sont tellement minimes, que, d'après l'évaluation de Debove, il en faudrait environ cinq milliards pour faire un millimètre cube.

Après cette première démonstration, Koch entreprit une autre série de recherches qui resta longtemps stérile. Il ne suffisait pas d'avoir vu ce bacille, il fallait parvenir à le cultiver et à le reproduire. Koch n'y arriva qu'après de longues et patientes tentatives. Il entreprit alors la troisième partie de son étude, en inoculant à des animaux des cultures du bacille de la tuberculose. Or, par des inoculations faites avec un liquide de 15e culture, il reproduisit la tuberculose chez les animaux en expérience. Nous noterons, en passant, ce fait : que le chien, qu'on avait vu rebelle à l'action des produits tuberculeux ingérés ou inoculés, ne se montre plus réfractaire et ne

jouit plus d'aucune immunité, lorsqu'on le soumet à l'inoculation de liquides chargés de bacilles tuberculeux.

Il était donc désormais prouvé qu'il existe dans tous les produits tuberculeux un élément constant, qui est un bacille, que cet élément est cultivable, et qu'il reproduit à lui seul, après avoir été purifié par la méthode des cultures successives, la maladie primitive dans les produits de laquelle il a été récolté. Ces faits frappèrent tous les esprits et tous les savants : ce fut une véritable révélation.

En résumé, après les travaux de Laennec, de Villemin, de Grancher et après ceux de Koch, nous pouvons dire aujourd'hui : *La tuberculose est une maladie néoplasique, inflammatoire, à tendance fibro-caseeuse, susceptible de guérison spontanée ; de plus, au point de vue clinique, c'est une maladie parasitaire, microbique, infectieuse et contagieuse.*

Reste toutefois une part d'obscurité, qui justifie quelques réserves. Koch a éprouvé beaucoup de difficulté à cultiver le bacille de la tuberculose. Qu'est-ce que cela veut dire ?... Quand nous plantons tout simplement dans nos jardins des plantes exotiques, elles meurent bientôt; si nous voulons les faire vivre, il faut que nous les logions dans des serres bien chaudes et bien pourvues de terreau ; il faut, en un mot, que nous leur fournissions un milieu de culture approprié à leurs besoins. Eh bien ! transportez cette remarque dans le domaine de la pathologie, et dites-vous que tout le monde ne réalise pas les conditions favorables au développement et à la pullulation du bacille de la tuberculose, que tout le monde n'est pas pour lui bon terrain de culture. A en croire les leçons enthousiastes dans lesquelles Debove affirmait récemment, avec une ardeur de néophyte, ses convictions microbiennes et contagionnistes, on gagnerait la tuberculose partout, et l'on s'infecterait, tantôt par inoculation, tantôt, et le plus habituellement, par l'air qui charrie des poussières de crachats desséchés, et qui offre ces éléments virulents à l'absorption pulmonaire. Mais, fort heureusement, on ne s'infecte pas toujours. Et alors, si cette contagion est si active, si elle nous enveloppe ainsi de toutes parts, pourquoi tout le monde n'en est-il pas victime ? C'est parce que, justement, le bacille tuberculeux n'est pas aisément cultivable, c'est parce que, par bonheur, il lui faut rencontrer, pour se développer, un ensemble de conditions spéciales.

Nous restons, en somme, en face de ces deux faits bien avérés : d'abord que le foyer tuberculeux est curable, c'est-à-dire que l'infection microbique est susceptible, dans certains cas, de s'éteindre sur place ; ensuite, que la contagion microbique respecte un grand nombre de ceux qui s'y exposent. Pourquoi ? Telle est la part d'obscurité qui plane sur notre sujet, et que je tenais à vous signaler. Si nous connaissions ce pourquoi, nous aurions fait un grand pas, et si nous savions rendre tout le monde mauvais bouillon de culture, nous serions en possession de la vraie thérapeutique de la tuberculose.

Tel est, à grands traits, l'état de la question, et telles sont les connaissances actuellement acquises. Essayons maintenant, nous chirurgiens, d'en tirer parti.

S'il était absolument démontré que la tuberculose est une affection microbique, contagieuse, infectieuse, nous en ferions découler cet axiome : que *tout foyer tuberculeux doit être recherché et détruit radicalement.*

Cette règle absolue est applicable dans bon nombre de cas, et son application présente, en maintes circonstances, des avantages incontestables. Ainsi [Besnier] a montré qu'il y a grand bénéfice à détruire les foyers primitifs du lupus, qu'il considère comme une manifestation tuberculeuse, et, pour mon compte, je cautérise toujours énergiquement les foyers tuberculeux de la bouche et de la langue. De même encore le traitement destructif. par raclage ou cautérisation, donne les plus heureux résultats dans les abcès froids ou dans les trajets fistuleux accessibles dans toute leur étendue à nos moyens d'action.

Il arrive cependant que l'on hésite en face de certains cas. On hésite, par exemple, lorsque le foyer tuberculeux dont on constate l'existence occupe le fond de l'œil ou l'épididyme, et que, néanmoins, les fonctions de ces organes restent conservées. Et puis, on imagine autre chose pour s'encourager à l'abstention : on se rappelle que le tubercule est une affection à tendance fibro-caséeuse, qu'il peut, en somme, guérir par transformation fibreuse, et, plutôt que de se décider à sacrifier un organe important et encore utile, on se rattache à l'espoir d'une guérison possible par ce mécanisme.

Mais, laissons de côté, pour le moment, les cas particuliers, et tenons-nous-en aux généralités.

En face d'un foyer tuberculeux, vous devez toujours avoir présentes à l'esprit ces deux notions : danger d'une propagation du mal sur l'individu lui-même, ou *danger d'infection ;* danger d'une propagation du mal à d'autres individus, ou *danger de contagion.* Celui-ci ressortit à l'hygiène, et, quelle que soit son importance, nous ne pouvons pas nous en occuper ici ; je me contente de vous le remémorer en passant.

Si l'organe atteint est un organe important, comme l'œil ou le testicule, dont je vous parlais tout à l'heure, *si la marche est lente, rappelez-vous la tendance fibro-caséeuse, et tâchez de favoriser, par un traitement général convenable, l'évolution du néoplasme dans le sens de la guérison.* L'étincelle brûle paisiblement sur le tapis, elle paraît vouloir s'éteindre toute seule : bornez-vous à la surveiller en préservant les alentours, et attendez, puisqu'il n'y a pas péril en la demeure. Mais si l'étincelle fait le moins du monde mine de vouloir devenir le point de départ d'un incendie, mettez le pied dessus sans plus tarder, et éteignez l'incendie à son début. Autrement dit, *si le foyer dont vous constatez l'existence constitue un danger évident pour l'organisme entier, ne vous laissez pas arrêter par la considération de l'importance de l'organe atteint, et supprimez résolument le foyer.*

Mais *ceci*, Messieurs, *s'applique seulement aux tuberculeux jeunes.* Les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de vieux tuberculeux, comme vous en voyez si souvent dans nos services, et chez lesquels vous vous trouvez en face d'arthrites, d'ostéites, ou d'autres lésions anciennes. L'affection locale nécessite pour son traitement une intervention opératoire ; mais le malade a eu antérieurement de légères manifestations suspectes, il vous donne sur ses antécédents des renseignements fâcheux et vous constatez, en examinant sa poitrine, quelques signes douteux ou indiquant des lésions peu avancées. D'un côté, vous voyez se dresser devant vous une nécessité opératoire ; de l'autre, vous voyez une maladie plus ou moins nettement accusée, qui débilite votre sujet, qui peut compromettre le succès de votre intervention, ou bien à laquelle votre opération peut donner un coup de fouet qui en précipite la marche funeste. Que faire dans cette alternative ? Faut-il passer outre à ces considérations inquiétantes et opérer, ou

bien faut-il renoncer à cause d'elles à une opération cependant nécessaire ?

L'heure est trop avancée pour que je puisse aborder aujourd'hui l'examen de ce délicat problème clinique; nous en remettrons l'étude à notre prochaine réunion.

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

QUATRIÈME LEÇON (1).

La découverte de la bactéridie charbonneuse (*Suite*).

Messieurs,

Cependant la doctrine de Davaine continuait à trouver de nombreux opposants. Parmi eux, il faut mentionner Brauell qui, en 1866, à propos d'une revue critique de Huppert sur le charbon, dans laquelle les idées de Davaine étaient acceptées avec ardeur (2), s'éleva contre cette conception de la nature parasitaire du charbon. Il continue à soutenir que les bactéridies se montrent, il est vrai, constamment dans le sang charbonneux, mais qu'elles ne sont pas la cause et l'agent de transmission de la maladie. Comme argument, il invoque ses anciennes expériences où, inoculant à deux génisses du sang « totalement privé de bactéridies » il provoqua un charbon mortel caractérisé par du sang contenant des bactéridies (3). Nous verrons souvent reparaître cette objection, basée sur le prétendu fait de bactéridies franchissant une ou deux expériences pour reparaître plus tard ; mais, comme le remarque M. Toussaint, de pareils faits ne se produisent jamais dans des expériences bien faites ; il y a eu erreur dans les examens microscopiques.

Pendant l'été 1868, une commission, présidée par M. Bouley et dont le rapporteur était M. Sanson, fut chargée par le ministre de l'agriculture de l'étude de la maladie sévissant sur le bétail des montagnes d'Auvergne, et connue sous le nom de *mal de montagne*. Cette affection fut reconnue comme étant de nature charbonneuse. Les conclusions du rapport furent défavorables à la théorie de Davaine : la bactéridie ne constituerait pas la cause constante et nécessaire de la virulence des produits charbonneux ; « du sang puisé sur un animal charbonneux peut transmettre le charbon quand même le microscope n'y fait reconnaître la présence d'aucune bactérie.» Les expériences de laboratoire de Davaine étaient mises en doute quant à leur valeur, parce qu'elles portaient sur de petits animaux, des rongeurs et non point sur les animaux atteints spontanément de charbon ; enfin, la virulence du sang charbonneux desséché était niée (4). Davaine n'eut pas de peine à réfuter la plupart de ces objections, basées en partie sur des erreurs d'observation et d'expérimentation et surtout inspirées par la confusion sans cesse renaissante des effets de l'inoculation d'un sang charbonneux avec ceux d'un sang putride (1). Enfin, il est juste de rappeler que ce qui devait presque nécessairement induire en erreur la commission du *mal de montagne*, c'est que cette épizootie n'était pas exclusivement déterminée par le charbon vrai, bactéridien, mais qu'il s'y mêlait des cas de charbon symptomatique (charbon bactérien) que nous avons seulement appris récemment à distinguer du premier. Ainsi s'explique en partie l'erreur des conclusions émanant de savants de la compétence de MM. Bouley et Sanson.

Ces polémiques ne détournaient point Davaine de la poursuite de ses recherches. Je ne parlerai point de celles qui sont relatives à la pustule maligne de l'homme, j'aurai à y revenir plus tard, mais je dois une mention spéciale aux expériences montrant les variations de la durée de l'incubation du charbon, selon la quantité de virus inoculé. Dans ces expériences, il employa pour les inoculations la seringue de Pravaz, dont l'usage venait de s'introduire en thérapeutique humaine pour la pratique des injections sous-cutanées. Jusque-là tous les expérimentateurs inoculaient à la lancette, ou au bistouri, en pratiquant à la peau une ouverture plus ou moins grande et en y déposant la matière virulente ; d'autres, Brauell notamment, se servaient pour l'inoculation du charbon, d'un fil imprégné de sang charbonneux frais ou desséché, qu'ils passaient en séton sous la peau de l'animal et qu'ils laissaient ainsi à demeure. La pratique des injections hypodermiques des matières virulentes, à l'aide de la seringue de Pravaz, constitua, comme le fait justement remarquer Davaine, un véritable progrès technique : les inoculations devinrent ainsi beaucoup plus *sûres*, car on évita l'action de l'air à la surface d'une plaie ouverte, et les complications dues à la putréfaction; d'autre part, on put ainsi préciser la *dose* du virus absorbé, le reflux par la petite piqûre de l'aiguille étant très facile à éviter et l'absorption de toute la quantité de liquide injecté étant certaine. Grâce à ce perfectionnement, Davaine put aborder l'étude, si intéressante au point de vue théorique, de l'influence de la *quantité* des matières inoculées sur les effets de l'inoculation. En injectant du sang charbonneux à divers degrés de dilution sous la peau de cobayes, il constata que ce sang est encore virulent à la dose de *un millionième de goutte*. Mais si la dilution, même extrême, n'agit pas sur la virulence, elle influe sur la *durée de l'incubation*; c'est ce que montrent les expériences suivantes : en injectant sous la peau d'un cobaye un dixième de goutte de sang charbonneux, l'animal meurt au bout de 24 heures ; un centième de goutte le tue également au bout de 24 heures ; un millième, au bout de 32 heures; un dix-millième, au bout de 43 heures ; enfin, un millionième de goutte au bout de 48 heures seulement. La durée de l'incubation est donc, dans une certaine mesure, en raison inverse de la quantité de virus injectée (2).

Un esprit aussi pénétrant que Davaine ne devait pas se contenter de la conviction qu'il avait acquise que la bactéridie est la cause unique et constante du charbon ; il sentait la nécessité d'asseoir l'étiologie proprement dite de la maladie, de déterminer le mode de contamination habituel des animaux, comment le contage se

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6 et 11.

(2) Huppert.—*Ueber den Milzbrand und seine allgemein-pathologische Bedeutung*, in *Schmidt's Jahrbucher*, 1865, Bd. 128, p. 37-48.

(3) Brauell.—*Zur Milzbrandfrage*. (*Virchow's Archiv*, 1866, Bd. 36, p. 292.)

(4) *Du mal de montagne, affection charbonneuse du bétail des montagnes de l'Auvergne.* (*Rapport officiel au ministre*, par H. Bouley et A. Sanson. Paris, 1869.) — Sanson. *Sur les conditions de la virulence charbonneuse.* (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1869, t. XVIII, p. 381.)

(1) Davaine.—*Remarques relatives aux recherches de M. Sanson sur les maladies charbonneuses.* (*Ibid.*, p. 271.)

(2) Davaine.—*Expériences relatives à la durée de l'incubation des maladies charbonneuses et à la quantité de virus nécessaire à la transmission de la maladie.* (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1868, t XXXIII, p. 816.)

transmet dans les troupeaux, comment il se perpétue dans les districts charbonneux et dans les étables. Dans ce nouvel ordre de recherches, il faut bien le reconnaître, Davaine fut moins bien inspiré et moins heureux que dans les précédentes.

C'était une vieille croyance populaire, surtout répandue dans les pays du Nord, que le charbon, tant chez l'homme que chez les animaux, résulte de la piqûre de mouches. Davaine fut conduit à attribuer en effet aux mouches un grand rôle dans la propagation du charbon chez les animaux entre eux. Cette opinion, il chercha à l'étayer sur des faits expérimentaux. Raimbert, du reste, l'avait précédé de quelques mois dans cette voie et avait communiqué à l'Académie des sciences, l'expérience suivante : « J'ai enlevé, dit-il, à deux mouches bleues qui étaient restées de 12 à 24 heures sous une cloche avec du sang charbonneux, leur trompe, leurs ailes et leurs pattes de l'avant et de derrière; j'ai ensuite inoculé à un cobaye une trompe, deux ailes et quatre pattes, et à un autre, seulement une aile et deux pattes. Ces deux animaux sont morts au bout de 60 heures. Le sang de leur rate et de leur cœur contenait de nombreuses bactéridies (1). »

Davaine répéta et varia ces expériences : « Un lambeau de peau grand comme une lentille est enlevé sur le cou d'un cobaye, près de la nuque. On place sur la plaie le bout des pattes de trois mouches qui avaient été maintenues depuis la veille sous une cloche de verre avec du sang charbonneux. Ce cobaye est ensuite placé seul dans une cage. Une heure après l'opération, par suite des mouvements de l'animal, la plupart des pattes ne se trouvent plus sur la plaie. Le lendemain, gonflement œdémateux de la plaie et mort au bout de 34 heures, du charbon. » La même expérience, plusieurs fois répétée, donna les mêmes résultats. Des pattes et des suçoirs inoculés se montrèrent encore virulents trois jours après qu'on eut retiré la mouche de dessous la cloche. Davaine s'était servi de la mouche à viande, *musca vomitoria* (L.) qui, comme la mouche domestique ordinaire, est *inerme*. Elle ne peut donc ni piquer ni blesser la peau des animaux, et il faut qu'il existe chez ceux-ci une plaie ou une écorchure préalable sur laquelle la mouche viendrait se poser et inoculer le virus charbonneux dont ses pattes et sa trompe se seraient chargées, par contact antérieur avec du sang ou des produits charbonneux. Ce sont ces mouches inermes qui se rencontrent surtout dans les étables et autour des fermes et qui, pour Davaine, seraient surtout les porteurs du contage dans les épizooties charbonneuses chez les animaux en stabulation. Pour la propagation du charbon en *rase campagne*, où la mouche inerme est rare, il fait jouer le même rôle aux mouches *piquantes*, aux taons, dont la bouche possède des pièces cornées pouvant traverser le derme comme une lancette (2).

Si l'hypothèse de Davaine était exacte et si les mouches étaient les agents principaux de la propagation du charbon parmi les animaux, il faudrait que la maladie se manifestât chez eux, comme elle le fait chez l'homme, par l'apparition presque constante d'un charbon externe (tumeur charbonneuse sous-cutanée ou lésion du corps muqueux de la peau rappelant la pustule maligne de l'homme). Or, ces charbons *externes* sont tout à fait exceptionnels, si même ils existent chez les animaux, maintenant surtout que nous savons que la plupart des cas de prétendus charbons externes appartiennent au charbon bactérien. Pour répondre à cette objection, Davaine supposait que l'accident cutané primitif, porte d'entrée du virus, échappait à l'observation chez les animaux (moutons et bœufs) à cause de la présence des poils masquant la lésion. Mais comment expliquer les épidémies hivernales de charbon, alors que les mouches ont à peu près complètement disparu ? Comment expliquer encore que ces épidémies puissent se localiser dans une étable, dans un enclos, dans tel ou tel pâturage, dans « ces champs maudits » entourés d'autres où les troupeaux paissent impunément. Peut-on admettre, ainsi que l'objectait avec raison Bouley, que les mouches respectent ainsi les frontières d'un champ ou d'un domaine ? Quoique les expériences de laboratoire sur lesquelles s'appuyait Davaine fussent exactes, cette fois elles lui faisaient faire fausse route et le conduisaient à attribuer au charbon chez les animaux une étiologie tout à fait chimérique.

Dans un nouveau travail (1), Davaine insiste sur ce fait, mis en lumière par lui, de la longue persistance de la virulence du sang charbonneux desséché. Il rappelle les habitudes d'incurie qui règnent dans les étables et dans les fermes, la négligence avec laquelle on dépouille dans les locaux où ils ont succombé les animaux charbonneux, laissant le sang sur le sol, sur les litières, sur les murs; ce sang se dessèche et forme une véritable « poussière charbonneuse » douée d'une virulence redoutable. Tous ces faits sont absolument vrais, et Davaine cette fois encore pressentait la voie qui devait conduire au but. Malheureusement, je le répète, il croyait que les animaux, comme cela se passe chez l'homme, contractent surtout le charbon par une plaie du tégument externe; la transmission de la maladie par pénétration de cette « poussière charbonneuse » dans les voies digestives ou respiratoires lui paraissait tout à fait exceptionnelle. Il continuait donc à revendiquer pour les mouches le rôle prépondérant dans le transport de cette poussière infectante. Devant ces hésitations et ces invraisemblances de l'étiologie proprement dite du charbon, les adversaires de la théorie parasitaire reprenaient courage et ils y trouvaient un argument en faveur de la nature spontanée de la maladie. De là, pour ce problème étiologique que tout le monde sentait être d'une importance capitale, un état d'indécision et de malaise, qui ne devait se dissiper que grâce à la belle découverte, due à M. Koch, de la spore de la bactéridie charbonneuse.

(*A suivre*)

(1) Raimbert (A). *Recherches exp. sur la transmission du charbon par les mouches* (*C. R. de l'acad. des sciences*, 1869, t. LXIX, p. 805.)

(2) Davaine. *Étude sur la contagion du charbon chez les animaux domestiques.* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1870, t. XXXV, p. 215.)

(1) Davaine. *Études sur la genèse et la propagation du charbon.* (*Ibid.*, p. 471-497.)

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE. — Le samedi 10 avril, M. le Dr REGNARD, professeur à l'Institut national agronomique, directeur adjoint du laboratoire de physiologie à la Faculté des sciences, fera à la Sorbonne, une conférence sur le *Délire des grandeurs*.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — *Pension* : Une proposition ayant pour objet d'accorder à titre de récompense nationale une pension annuelle et viagère au Dr Prosper PAYERNE, inventeur de bateaux sous-marins, a été déposée à la séance du 16 mars.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LA GUÉRISON EXPÉRIMENTALE DE LA TUBERCULOSE. — La souscription a jusqu'à aujourd'hui atteint le chiffre de 29,000 francs environ; le Conseil municipal a voté en outre 3,000 francs, donc au total, 32,000 francs.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture du cours de botanique médicale. — M. Baillon.

M. Baillon a commencé son cours de botanique médicale le mercredi 25 mars, à onze heures, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté. Le professeur, accueilli par des bravos enthousiastes, remercie ses auditeurs de cette ovation au nom de l'histoire naturelle et indique aux élèves la façon dont ils doivent employer le semestre d'été pour acquérir les notions de botanique qui leur sont indispensables. Il leur recommande d'être très exacts aux travaux pratiques, de suivre avec assiduité les herborisations et de ne pas oublier qu'il existe un jardin botanique, dépendant de la Faculté, et dont les portes sont toujours ouvertes. Dans son cours, il s'efforcera de rester, autant que possible, dans le domaine de la botanique médicale et insistera surtout sur ce que les élèves ne trouvent point dans les livres.

La leçon d'aujourd'hui a été consacrée à l'étude des *Aloès*, au point de vue descriptif, plantes dont les spécimens ont été envoyés en grand nombre au professeur des bords de la Méditerranée spécialement en vue des élèves. Le caractère pratique de ce cours permettra aux étudiants de suivre avec fruit les leçons de M. Baillon et les mettra à même de répondre d'une façon satisfaisante aux épreuves du premier de doctorat.

Ouverture du cours complémentaire d'histoire naturelle médicale. — M. Blanchard, professeur agrégé.

Le jeudi 18 mars, à 1 heure de l'après midi, M. Blanchard a repris son cours d'Histoire naturelle appliquée à la médecine, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté, devant un auditoire considérable, sympathique et attentif. Il n'y a eu cette année qu'un intervalle de quelques jours seulement entre la dernière leçon du semestre d'hiver et la première du semestre d'été. En première année, les étudiants en médecine n'ont point de temps à perdre s'ils veulent apprendre *grosso modo* l'Histoire naturelle, en ce qui concerne seulement leur profession future; aussi le professeur a-t-il cru devoir montrer l'exemple et continuer de suite l'exposé des principaux chapitres de la zoologie médicale, partie qui lui est spécialement reservée.

Les leçons du semestre d'hiver ont été consacrées à la description de presque tous les Invertebrés dont la connaissance approfondie est indispensable au médecin; celles qui vont suivre permettront à M. Blanchard d'achever l'étude de la zoologie, de telle sorte que dans l'année tout le programme aura été parcouru, ce qui est rare à la Faculté. La leçon de jeudi a permis au professeur d'esquisser l'histoire des Diptères vivant en Parasites chez l'homme. Il a montré aux élèves qu'il ne s'agissait dans ces cas que de pseudo-parasitisme et a classé ainsi les Insectes en question : 1° Ceux qui vivent à l'état adulte chez l'homme et dans la peau : exemple : la Chique (*Rhyncoprion penetrans*). 2° Ceux qui ne s'y trouvent qu'à l'état larvaire, toujours dans la peau : exemple : la Dermatobie (*Dermatobia noxialis*). 3° Enfin ceux qui s'y rencontrent encore à l'état larvaire, mais qui habitent ordinairement des cavités naturelles, exemple : la Lucilie (*Lucilia hominivora*) qui occupent les fosses nasales.

Cette classification, originale et très pratique, facilite l'etude de ces intéressants animaux, au point de vue médical du moins. Le cours de l'annee prochaine (1886-87) sera essentiellement nouveau; M. Blanchard le consacrera à l'étude du parasitisme et de ses accidents chez l'homme. C'est un des chapitres les plus attrayants de ces études, le plus utile à connaître pour les praticiens, surtout en ce qui concerne les parasites végétaux, lesquels seront spécialement étudiés.

Nos lecteurs savent dans quel esprit est fait le cours de zoologie médicale à la Faculté de médecine; nous ne pouvons que le répéter à sa louange, c'est cette Faculté qui en pareille matière montre le chemin. Un autre établissement scientifique, qui paraît attendre toujours les ordres du Gouvernement pour faire connaître aux élèves l'hypothèse évolutionniste, en est encore à la phase préhistorique de l'enseignement de l'Histoire naturelle, essayant de prouver ainsi que le progrès et la théorie des transformations successives sont des mots bien prétentieux, des idées bien creuses, puisque tout cela est inconnu en Sorbonne.

Nous ne saurions trop engager les étudiants de première année à suivre ce cours avec régularité; leur succès à l'examen du 1er doctorat en dépend; qu'ils ne se le dissimulent point, on deviendra de plus en plus sévère, ne serait-ce que pour éloigner, dès le début, des études médicales, les jeunes gens trop paresseux ou trop insuffisamment préparés, mais par contre trop confiants dans la valeur de leurs diplômes de bacheliers. Avis désintéressé aux intéressés.

Ouverture du Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. Humbert, agrégé.

M. Humbert a commencé mardi dernier, à 4 heures de l'après-midi, le cours auxiliaire de *pathologie externe* dans l'Amphithéâtre Laënnec de la Faculté, devant un grand nombre d'élèves un peu à l'étroit dans cette petite salle. Il a indiqué tout d'abord l'objet du cours : les *maladies chirurgicales générales* et *les maladies chirurgicales des membres*, et a fait remarquer qu'un vent de progrès souffle à la Faculté. Autrefois les agrégés choisissaient leur sujet; aujourd'hui au contraire un programme leur est imposé, puisque en deux ans les étudiants doivent voir défiler devant eux tous les chapitres de la pathologie externe. Ce système, plus profitable aux élèves, quoique moins goûté des maîtres, rend la tâche de l'agrégé plus facile, en ce sens qu'il n'est point obligé de travailler autant sa leçon et qu'il doit être très superficiel; mais en revanche il présente certaines difficultés, car fait de cette façon le cours devient plus aride et manque un peu d'intéret. Pour éviter ce double écueil, M. Humbert laissera dans l'ombre un certain nombre de points peu importants et au contraire traitera à fond certaines questions, accompagnera ses descriptions théoriques de démonstrations pratiques sur le cadavre et rapportera quelques faits cliniques pour fixer les idées. L'élève complétera le cours avec les livres classiques. On ne pourrait pas mieux faire : promettre des démonstrations pratiques, c'est bien; mais il faudra la tenir cette promesse et le plus souvent possible (1).

Après avoir exposé la façon dont il comprend son enseignement, M. Humbert a abordé de suite l'étude des maladies chirurgicales générales; contrairement aux traités didactiques, il mettra de côté pour l'instant, l'histoire de l'inflammation et des abcès qui, résumée, n'offre aucun attrait et ne profite pas aux débutants. Il entre alors de plein pied dans son sujet en entamant le chapitre du traumatisme qui sera suivi de celui des tumeurs. Après

(1) Le professeur a rappelé qu'il y a trois ans il avait procédé ainsi, et que les élèves s'en étaient bien trouvés; on le comprend sans peine.

quelques considérations générales, il s'applique à montrer dans la leçon d'aujourd'hui que, dans tout traumatisme, il faut considérer trois facteurs principaux : la *blessure*, le *blessé*, le *milieu*. Il insiste avec prédilection sur chacun de ces facteurs et montre toute l'importance de ces notions, vieilles comme le monde (il en donne les preuves), mais remises en honneur si brillamment à l'heure actuelle par M. le professeur Verneuil et son école. L'étude du milieu lui permet d'effleurer la question des microbes, et la leçon se termine, on le devine, par l'apologie, très justifiée d'ailleurs, de l'antisepsie, cette belle conquête de la chirurgie moderne. Le cours est fait avec une clarté et une précision fort appréciées des auditeurs.

De l'extirpation du larynx.

Cette opération pratiquée en vue d'enlever les tumeurs laryngées est de date récente ; mais depuis quelques années, elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois.

Historique. Jusqu'à Levret, on abandonnait à la nature les tumeurs du larynx. Ce fut Desault (1) qui le premier eut l'idée de faire l'ablation des néoplasmes laryngés. Il décrivit la laryngotomie, mais ne la pratiqua pas. La première tentative de ce genre fut faite par Braüers, de Louvain, en 1833, et depuis cette époque cette opération a été maintes fois répétée. En 1829, Albers, de Bonn, faisant des recherches pour établir jusqu'à quel point le larynx participait à l'acte respiratoire, enleva une partie et même la totalité du larynx chez des chiens ; mais ses deux expériences ne furent guère encourageantes puisque l'un de ces animaux mourut d'hémorrhagie pendant l'opération, et l'autre succomba d'inanition, neuf jours après. En 1854, ayant été consulté par une personne atteinte de tumeur maligne du larynx, Langenbeck discuta le procédé opératoire de l'extirpation du larynx, dans une de ses leçons cliniques ; mais le malade refusa l'opération. Plus tard, Kœberlé (2) émit l'idée qu'il n'hésiterait pas à faire l'extirpation de l'organe vocal dans un cas de cancroïde, « car, d'après lui, il vaudrait mieux avoir recours à » cette opération que de ne pas intervenir du tout. » Hueter s'attribue aussi la priorité de l'extirpation qu'il voulait mettre en pratique sur une femme atteinte de cancer de la muqueuse aryténoïdienne. Il avait l'intention de faire une trachéotomie préliminaire, lorsque la patiente succomba. En 1866, ayant à soigner un malade atteint de syphilis tertiaire avec destruction de la cavité laryngienne, Patrick Heron Watson, d'Edimbourg, résolut de réséquer le larynx. Le malade mourut de pneumonie trois semaines après l'extirpation de son organe vocal.

Ignorant cette tentative, Czerny, d'Heidelberg voulut s'assurer si l'extirpation du larynx ne compromettait pas l'existence des animaux. Ses premières expériences ne furent pas heureuses, puisque l'un de ses chiens mourut au bout de deux jours, deux autres après quinze jours et le dernier à la fin de la quatrième semaine, par asphyxie due au déplacement de la canule. Dans une dernière expérience, Czerny fit préalablement la trachéotomie et quand la trachée eut contracté des adhérences à la peau, il pratiqua l'extirpation. Faisant usage de canules ayant un calibre de plus grande dimension, il n'eut plus à craindre dans ces conditions le déplacement du tuyau aérien qui avait été cause de ses premiers insuccès. Voici la manière d'opérer de Czerny : Après avoir endormi l'animal, il incise la peau sur la ligne médiane depuis l'os hyoïde jusqu'à la fistule trachéale ; puis avec un instrument mousse il détache les parties molles ; il ne se sert du bistouri que pour sectionner les muscles thyro-hyoïdien et sterno-thyroïdien au niveau de leur insertion au thyroïde. Il coupe ensuite la trachée au-dessous du cricoïde et y introduit un tube en caoutchouc lisse et à parois épaisses afin d'empêcher le sang d'y pénétrer et de permettre aussi la continuation de l'aspiration des substances anesthésiques. En tirant le larynx en haut, il l'écarte de l'œsophage pour disséquer sa face postérieure jusqu'à la pointe des aryténoïdes ; il coupe les grandes branches de l'os hyoïde et sectionne le larynx parallèlement au bord supérieur du thyroïde. Dans ses cinq opérations, Czerny a laissé en place l'épiglotte en la maintenant à l'aide d'une suture. Dans ses autres expériences, il l'enlève et dès le lendemain le chien pouvait avaler facilement les aliments.

Cet opérateur ne doute pas que l'extirpation puisse réussir sur l'homme, à condition qu'on nourrisse le malade au moyen de la sonde œsophagienne pendant quelques jours. Plus tard, la parole pourra être rendue aux opérés par l'emploi d'un larynx artificiel permettant à l'air de passer à travers la bouche et le nez. En mettant cette dernière idée en pratique sur des chiens, Czerny constata qu'il rétablissait ainsi le fonctionnement de l'organe vocal. Peu après, le 31 décembre 1873, grâce à Billroth, de Vienne, l'extirpation du larynx était admise dans la pratique chirurgicale. Le tableau suivant résume les extirpations qui ont été pratiquées depuis la première opération :

---

(1) Desault. *Œuvres chirurgicales* publiées par Bichat. — Paris, 1798, IIe partie, p. 251.

(2) Schwebel. *De la Laryngotomie thyroïdienne.* Thèse de Strasbourg, 1866, p. 16.

INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — On parle fort de le supprimer et le Ministre du commerce paraît convaincu de la nécessité de cette réforme demandée par un grand nombre de médecins des Eaux.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. *Concours d'admission au Val-de-Grâce.* — Le concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, [illegible], Rouen, Toulouse, Tours, le [illegible] août 1886, pour l'épreuve écrite. Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 6 septembre ; à Nancy, le 13 septembre ; à Lyon, le 16 septembre ; à Montpellier, le [illegible] septembre ; à Bordeaux, le 23 septembre.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le professeur DEHÉRAIN commencera le cours de *Physiologie végétale*, le mardi 23 mars 1886, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera du développement des végétaux, de leur respiration, etc..., et fera des démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon ; elles auront lieu immédiatement après les leçons à l'Amphithéâtre.

NOMINATIONS DIVERSES. — Le Dr NAVARRE, conseiller municipal, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. [illegible], qui ne fait plus partie du Conseil municipal. — M. le Dr [illegible] est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XVe arrondissement.

Nos.	OPÉRATEURS.	DATES.	AGE de l'opéré.	SEXE de l'opéré.	MALADIES.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Watson, d'Edimbourg.	1866	36	M.	Sténose syphilitique.	Larynx et un anneau de la trachée.	Mort en 3 semaines. pneumonie.	La pneumonie était déjà soupçonnée avant l'opération.
2	Billroth, de Vienne.	31 déc. 1873.	36	M.	Carcinome.	Larynx, 1/3 inf. de l'épiglotte et deux anneaux de la trachée.	4 mois après récidive ; mort 7 mois après.	Récidive.
3	Heine, de Prague.	1874	35	M.	Ret. syphil.	Ext. part., 1/2 ant. du thyroide.	Mort 11 mois après.	Progrès de l'affection.
4	Heine.	28 avril 1874	50	M.	Epith.	Ext. tot.	Mort 6 mois après.	Récidive.
5	Maas, de Breslau.	1er juin.	57	M.	Adénom., fibr., carcin.	id.	Mort 14e jour.	Pneumonie.
6	Schmidt, de Francfort.	12 aout.	56	M.	Epith.	id.	Mort 4e jour.	Collapsus.
7	Watson.	1874	60	M.	Ep. du coude gauche.	id.	M. 2 semaines après.	Pneumonie.
8	Billroth.	11 novemb.	54	M.	Carcinome.	id.	Mort 4 jours après	Bronch-pneumonie.
9	Schönborn, de Kœnigsberg.	22 janv. 1875.	72	M.	id.	id.	id.	Br. put. et gangrène des poumons.
10	Bottini, de Turin.	6 février.	24	M.	Sarcome.	id.	Guéri (1881) (1).	
11	Langenbeck, de Berlin.	21 juillet.	57	M.	Carcinome. Larynx et os hyoide.	Lar. os hyoide, parties du phar., de l'œsoph. et de la langue.	Mort 23 novembre.	Récidive.
12	Multanowski, de St-Pétersbourg.	27 juillet.	59	M.	Carcinome.	Ext. tot.	Mort 3 mois après	Pneumonie.
13	—	9 août.	47	M.	id.	id.	Mort 2 mois après.	Récidive.
14	Maas.	5 févr. 1876.	50	M.	Epith.	Lar. moins épiglotte et pertes du cricoide.	Mort 6 mois après.	Récid., 3 mois après opér. M. par hém.
15	Gerdes, de Jever.	30 mars.	76	M.	Carcinome.	Ext. tot.	Mort 4 jours après.	Epuisement.
16	Reyher, de Dorpat.	Mai.	60	M.	id.	Ext. tot. moins épiglotte.	Mort 11 jours après.	Pneumonie.
17	Watson.	1876	60	F.	Epith. Larynx et gangl.	Lar. et gangl.	M. 1 semaine après.	Embolie pulm.
18	Kosinski, de Varsovie.	15 mars 1877.	36	F.	Epith.	Ext. tot.	Mort 9 mois après.	Récidive.
19	Bottini.	29 août.	48	M.	id.	id.	Mort 3 jours après.	Pneumonie.
20	Foulis, de Glascow.	10 septembre.	28	M.	Sarcome.	Lar. moins grandes cornes du thyr. et moitié des aryténoides.	Mort 1er mars 1879.	Phthisie pulmon.
21	Wegner, de Berlin.	17 septembre.	52	F.	Carcinome.	Larynx moins 1/2 du cricoide.	Guéri (12 av. 1878).	
22	Foulis.	29 janv. 1878.	59	M.	Sténose chez un diabet.	Partie ant. du cricoide.	Mort 2 mois après.	Eschare de la jambe.
23	Bruns, de Tubingue.	29 janvier.	54	M.	Epith.	Ext.	Mort 9 mois après.	Récidive.
24	Burney Yeo et Lister.	Mars.	—	—	Papillome.	Ablation des cordes v.	Guéri.	
25	Rubio, de Madrid.	Mai.	41	M.	Périchondrite et névrose du thyroide.	Ext. tot.	Mort 5 jours après.	Marasme.
26	Foulis.	30 mai.	60	M.	Stenose.	Part. ant. du cricoide.	M. 2 m. 1/2 après.	Epuisement.
27	Billroth.	7 juillet.	50	M.	Epith. de corde gauche.	1/2 g. Larynx.	Mort 2 ans après.	Récidive (6 mois).
28	Czerny.	24 août.	46	M.	Larynx. Sarcome.	Ext. tot.	Mort. 30 nov. 1879.	Récidive.
29	Billroth.	27 fév. 1879,	43	F.	Epith. du pharynx et du larynx.	Ext. tot. du lar. avec 1/2 du phar. et l'œsoph.	Mort 7e semaine.	Pass. de sonde dans médiastin.
30	Gussenbauer, de Prague.	24 mai.	24	M.	Carcinome.	Ext. tot.	M. 2 semaines après.	Tuberc. pulmonaire.
31	Marcewen, de Glascow.	31 juillet.	56	M.	Carc. phar. et larynx.	Ext. des parties malades.	Mort 3 jours après	Pneumonie.
32	Cav. Azzio Caselli, de Reggio-Emilia.	20 septembre.	19	F.	Sarc. du phar., du lar., du palais et de la base de la langue.	id.	Guéri (1884).	Durée de l'opération 3 h. 1/4. Galv.-caut.
33	Lange, F., de New-York.	12 octobre.	74	M.	Sarcome, pharynx et larynx.	Ext. tot.	Mort 7 mois après.	Récidive.
34	Multanowski.	4 décembre.	60	M.	Carcinome.	id.	Mort 5 jours après.	Pneumonie.
35	Langenbeck.	1879	78	M.	id.	Abl. par. Larynx.	Mort 3 jours après.	Collapsus
36	Carl Reyher, de St-Pétersbourg.	1880	48	M.	id.	Ext. tot.	Mort 7 jours après.	Broncho-pneumonie.
37	Thiersch, de Leipzig.	26 février.	36	M.	id.	Larynx et deux anneaux de la trachée.	G. (18 mois après).	
38	Arpad Gerster, de New-York.	5 mars.	50	M.	Sarcome de 1/2 dr. du pharynx, larynx et base de la langue.	Ext. des part. malades, amyg. dr. à 1/2 dr. de l'os hyoide.	Mort 9 mars 1881.	Pleurésie.
39	C. Reyher.	9 mars.	57	M.	Carcinome.	1/2 g. Larynx.	G. (14 mois après).	
40	Bruns.	1er avr. 1880.	20	M.	Ret., fièvre typhoide.	Ext. part	G. (6 semaines apr.).	
41	Thiersch.	15 avril.	52	M.	Carcinome.	Ext. tot.	G. (17 mois après).	
42	Novaro, de Turin.	19 aout.	63	M.	Epith.	id.	Mort.	Récidive le 3e mois.
43	Czerny.	11 octobre.	[illegible]	M.	id.	id.	Mort 25 mars 1881.	Récidive.
44	Hahn, de Berlin.	23 octobre.	67	M.	Carcinome.	Larynx moins partie d. du thyroide.	G. (avril 1884).	
45	Caselli.	9 novembre.	27	M	Enchondrome du cou.	Tumeur et partie du thyroide.	Mort 2 jours après.	

(1) Date à laquelle nous sont parvenues les dernières nouvelles.

Nos	OPÉRATEURS.	DATES.	AGE de l'opéré.	SEXE de l'opéré.	MALADIES.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
46	Thiersch.	10 novembre	45	F.	Carcin., phar. et lar.	Lar. et partie phar.	Mort 16 mars 1881.	Récidive.
47	Bircher, d'Aarau.	3 décembre.	49	F.	Carcinome.	Ext. de la glande. Réc. 6 mois après. Ext. lar.	Mort 16 jours après.	Pneumonie.
48	Pick, de Londres.	16 janv. 1881.	39	M.	Epith.	Ext. tot.	Mort 5 jours après.	Pleurésie et péric.
49	Thiersch,	17 janvier.	57	F.	Carcin., phar. et lar.	Lar. et phar.	Mort 7 jours après.	Pneumonie.
50	Toro, de Cadix.	9 mars.	?	?	Epith.	Ext. tot.	Mort 4 jours après.	Emphys. pulmon.
51	Winiwarter, de Liège.	19 avril.	55	F.	Carcinome.	id.	G. (11 mois après).	
52	Foulis.	30 avril.	50	M.	Epith.	id.	Guéri (août 1881).	
53	Czerny.	12 mai.	47	M.	id.	Lar. et 2 anneaux de la trachée.	Guéri (avril 1882).	
54	C. Reyher.	14 mai.	57	M.	Carcinome.	Ext. tot	Mort 5 jours après.	Bronch-pneumon.
55	Kocher, de Berne.	16 mai.	59	M.	id.	Lar. moins partie du cricoïde.	G. (16 mois après).	
56	Tilanus, d'Amsterdam.	Mai 1881.	51	M.	Epith.	Ext. tot.	M. 36 heures après.	Collapsus.
57	Gussenbauer, de Prague.	19 mai.	48	M.	Carcinome.	id.	G, (2 ans après).	
58	Völker, de Brunswick.	28 mai.	44	F.	Epith.	id.	Mort 5 mois après.	Suffocation en retirant la canule.
59	Albert, de Vienne.	6 juillet	45	M.	Carcinome.	id.	Mort 8 jours après.	Bronch.-pneumon.
60	Hahn.	13 août.	43	M.	id.	id.	Mort 25 jours après.	
61	Margary.	29 septembre.	36	F.	Epith.	Larynx, un anneau de la trachée, pharynx et œsophage.		Récidive au 3e mois.
62	Gussenbauer,	Octobre.	62	M.	Carcinome.	Ext. tot.	G (14 mois après).	
63	id.	id.	63	M.	id.	id.	G. (6 mois après).	
64	C. Reyher.	10 octobre.	73	M.	id.	Lar. et 3 anneaux trach.	Mort 9 mois après.	Récidive.
65	id.	id.	65	M.	id.	Ext. tot.	Mort 7 jours après.	
66	Novaro.	1881	63	M.	id.	id.	Mort 11 jours après.	Hémorrh. Récidiv.
67	Scheede, de Hambourg.	id.	54	M.	id.	id.	G. (2 mois après).	—
68	Kuster, de Berlin.	id.	?	?	Sarcome de corde v.	Ext. unil.	Guéri (avril 1884).	
69	Novaro.	9 janv. 1882.	65	M.	Carcinome.	Ext. tot.	Guéri (8 juin).	
70	C. Reyher.	7 avril.	55	M.	Epith.	Lar. ph.	Mort 14 jours après.	Epuisement.
71	Kocher.	13 mai.	54	M.	Carcinome.	Larynx.	Rec. 7 mois après.	
72	Whitehead, de Manchester.	27 mai.	46	M.	Epith. de corde dr.	Lar., 2 anneaux trach.	G. (31 janvier 1883).	
73	Bergmann, de Wurzburg.	12 juin.	54	M.	Ad. Sarc.	Ext. tot.	Mort février 1883.	Récidive.
74	Burow, de Kœnigsberg.	25 juillet.	45	M.	Carcinome.	id.	Mort 15 nov. 1882.	Suffocation subite.
75	Maydl, de Vienne.	31 août.	50	M.	id.	Lar. moins cric.	Guéri (2 ans après).	
76	Kocher.	28 septembre.	43	M.	id.	Ext. tot.	?	
77	Ruggi.	1882	10	M.	Polype du larynx.	id.	Guéri.	
78	Scheede, de Hambourg.	id.	?	M.	id.	Ext. part.	Guéri (avril 1884).	
79	Mac Leod, de Calcutta.	15 nov. 1882	35	M.	Tumeur fong. au devant du cou et voix rauque.	Ext lar. et glande thyr.	M. 5 mois 1/2 après.	Tubercul. pulmon.
80	Hahn.	1883	54	M.	Carcinome.	Ext. part.	Guéri (avril 1884).	
81	Lucke.	28 juillet.	54	F.	id.	Ext. tot.	Guéri.	
82	Hogden.	—	?	—	—	id.	Mort 4 jours après.	
83	Leisrink.	8 août.	72	M.	—	id.	Mort 4 mois après.	Pneumonie.
84	Mac Leod.	19 sept. 1883	40	—	Epith.	id.	Mort 5 jours après.	Hémorrhagie.
85	Novaro.	1er octobre.	54	M.	id.	id.	Mort 1 mois après.	Pneumonie.
86	Bergmann.	1883	?	M.	Carcinome.	id.	Mort 4 jours après.	id.
87	Kuster.	—	?	—	—	—	—	—
88	—	—	?	—	—	—	—	—
89	—	—	?	—	—	—	—	—
90	Holmes.	—	63	M.	Carc., lar. et phar.	Ext. tot.	Mort 40 h. après.	Shock.
91	Hahn.	1884	50	M.	—	Ext. part.	Guéri (avril 1884).	
92	Schmidt, de Greifswald.	15 février.	29	F.	Carcinome.	Ext. tot.	Mort 7 jours après.	Epuisement.
93	Thomas Jones, de Manchester.	26 avril.	44	M.	Epith.	id.	Guéri (14 juin).	
94	Maydl.	1884	45	M.	Carcinome.	id.	Mort 4 jours après.	Hemorrhagie.
95	Praetorius.	—	?	—	—	Cart. cric. et th. d.	Guéri.	
96	Durante.	—	?	—	—	—	—	
97	Labbe, de Paris.	12 mars.	59	M.	Sarcome.	Ext. tot.	Mort 3 mois après.	Pneumonie.
98	Stork.	1885	?		Epith.	Ext. part.	Guéri (Mai).	
99	Bergmann.	id.	46	M	Carcinome.	Ext. tot.	G. (6 semaines apr.	
100	Roswell Park, de Buffalo.	28 juin 1885.	64	M.	Carcinome.	Ext. tot.	G. (12 sept. 1885).	
101	Billroth.	18 décembre	?	—	Carcin. 1/2 dr. lar.	Ext. part.		
102	Labbe.	19 févr. 1886.	50	M.	Sarcome.	Ext. tot.	Mort (10 jours après)	pneumonie.

Jusqu'à ce jour 102 extirpations ont été faites : 73 pour des cancers ou des épithéliomes, 10 pour des sarcomes, 10 pour des sténoses, nécroses, polypes, etc., et 9 pour des affections dont nous ignorons la nature, ce sont toutefois des tumeurs épithéliomateuses ou sarcomateuses. Parmi ces 9 affections, il en est 5 dont nous ne connaissons pas le mode et le résultat opératoires. Il reste donc 97 extirpations dont nous allons analyser les observations. Sur ces 97 extirpations, 83 ont été totales et 14 partielles.

L'extirpation totale a été pratiquée :

	Fois		Guérisons	Morts	
Pour des épithéliomes ou cancers	69	avec	21	47	1 résultat inconnu.
Pour des sarcomes .	9		2	7	
Pour des rétrécissements, nécrose, etc.	4		1	3	
Pour des maladies inconnues. . . .	1			1	
Total	83		24	58	1 résultat inconnu.

Dans cette statistique, nous comptons comme guéris cinq cancéreux dont les dernières nouvelles dataient de moins de deux mois après l'opération et deux des opérés avaient subi l'opération depuis quelques jours seulement.

L'extirpation partielle a été faite 14 fois :

Pour des épithéliomes . .	4 fois avec	2 guérisons	et	2 morts.
Pour des sarcomes . . .	1	—	1	—	
Pour des rétrécissements, névroses, etc. . . .	6	—	2	—	4
Pour des maladies incon.	3	—	3	—	
Total	14		8		6

Ainsi l'extirpation du larynx a fourni 32 guérisons et 64 morts. Des 49 morts à la suite d'extirpation par des cancers, 2 ont succombé le deuxième jour (collapsus, shock), trois, dont un opéré partiellement, le troisième (collapsus, pneumonie), six le quatrième (collapsus, pneumonie, hémorrhagie, asphyxie), quatre le cinquième (pneumonie, pleurésie, hémorrhagie), six au bout d'une semaine (pneumonie, embolie, épuisement), sept au bout de deux semaines (pneumonie, gangrène, phthisie, hémorrhagie), un au vingt-cinquième jour (pneumonie), un au bout d'un mois (pneumonie), trois au deuxième mois (pneumonie, récidive, passage d'une sonde), un au troisième (pneumonie), quatre au quatrième (pneumonie), trois au cinquième, deux au sixième, au septième et au neuvième, un au bout d'un an, et un dernier après deux ans. Celui-ci avait été opéré partiellement pour un carcinome dont la récidive se produisit vers le sixième mois. Des sept sarcômes opérés par extirpation totale l'un est mort au dix-septième jour, le deuxième au troisième mois (pneumonie), le troisième au septième (récidive), le quatrième au huitième (pneumonie), le cinquième au bout d'un an (pleurésie accidentelle), le sixième au quinzième mois (récidive) et le dernier au dix-huitième mois (tuberculose pulmonaire). Sur les sept morts par rétrécissements, nécroses, etc., les trois opérés par ablation totale ont succombé l'un au cinquième jour, l'autre au bout d'un mois et le dernier au cinquième mois respectivement au marasme, à la pneumonie et à la tuberculose. Quant aux opérés partiellement, ils sont morts l'un au troisième jour, le deuxième au deuxième mois (eschare diabétique), le troisième après deux mois et demi (épuisement) et le dernier au onzième mois (progrès de l'affection). Nous ne connaissons qu'une mort au quatrième jour chez un malade auquel on a fait l'extirpation totale pour une maladie que nous ignorons (cancer ou sarcome).

Dans un prochain numéro nous continuerons l'exposé des cas d'extirpation du larynx. J. BARATOUX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. CHABRY présente le résultat de ses recherches sur l'*hétérotaxie ou inversion des viscères chez les ascidies*. Partant du développement de ces êtres, il présente une théorie de l'hétérotaxie, concluant qu'il y a inversion de la fonction et non de l'organe. En réponse à une question de M. R. BLANCHARD, M. Chabry dit que, lorsque chez l'homme la crosse de l'aorte est à droite et non à gauche, on doit penser que l'axe aortique gauche qui la forme a avorté, le droit au lieu de s'atrophier, continuant à s'accroître. Chez l'homme comme chez les ascidies, il existe pendant la période embryonnaire, une parfaite homologie entre les deux côtés du corps.

M. R. BLANCHARD remet une note de M. de VARIGNY sur la contraction idio-musculaire chez les vertébrés marins.

M. DÉJERINE présente de la part de M. DUPRAT un appareil destiné à mesurer l'intensité du réflexe rotulien.

MM. RETTERER et M. DUVAL ont, en mettant des vésicatoires sur le tégument externe d'un animal et examinant ensuite la partie sous-jacente au microscope, constaté que les phénomènes de la karyokinèse se produisaient en ce point avec la plus grande évidence.

M. BROWN-SÉQUARD décrit un mode de paralysie qui n'a pas encore été signalé. Il n'en a lui-même observé que trois exemples. Les phénomènes physiques semblent nuls au premier abord ; mais le moindre effort somatique ou psychique détermine des phénomènes paralytiques allant dans certains cas jusqu'à l'impotence fonctionnelle des quatre membres, et qui peuvent durer de 15 à 20 jours, pour cesser et revenir ensuite. On peut voir survenir en même temps des troubles sensoriels et mentaux des plus manifestes.

M. VIGNAL, combattant l'opinion de M. Husseau qui a dit que la moelle de l'*Orthagoriscus mola* ou poisson-lune, était formée de ganglions soudés bout à bout, montre à la Société une moelle dont l'aspect seul suffit à juger l'opinion de cet auteur.

M. LAFFONT, étudiant la mort lente dans l'intoxication par le chloroforme, a trouvé que le danger résidait dans la disparition du sucre du sang.

M. BALZER rappelle combien il est parfois difficile de faire le diagnostic du chancre mou. On est souvent obligé d'en arriver à l'inoculation, opération ennuyeuse à laquelle se refusent parfois les malades. Il croit avoir trouvé un procédé de diagnostic qui, sans être aussi probant que cette dernière, lui a donné néanmoins des résultats excellents. Rappelant que la lésion de l'herpès et du chancre induré ne dépasse pas l'épiderme, tandis que la chancrelle envahit le derme il était loisible de penser que l'examen du liquide de sécrétion pourrait fournir des caractères différentiels. En effet, l'auteur en est arrivé à formuler la proposition suivante : lorsqu'on trouve des fibres élastiques dans les produits de sécrétion obtenus par le raclage sans violence de la surface du chancre, on peut conclure que celui-ci est un chancre mou. Cet examen est très facile à effectuer ; on colore le produit de sécrétion par l'éosine et on ajoute une goutte de solution de potasse à 40 0/0. Les fibres élastiques deviennent alors très évidentes.

M. R. Dubois montre des clichés photographiques obtenus à l'aide de la lumière dégagée par certains poissons et comparativement d'autres plaques sur lesquelles a agi la lumière des pyrophores. Il en conclut que ces diverses lumières, quoique fort brillantes, surtout dans ce dernier cas, contiennent très peu de rayons chimiques, le temps de pause ayant toujours été long, surtout dans le premier cas.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 mars. — Présidence de M. Trélat.

M. Roussel demande à l'Académie de bien vouloir s'intéresser à la nouvelle loi en préparation au Sénat sur la consommation de l'alcool. Une commission a été nommée par le Sénat pour étudier le projet présenté par le gouvernement, et cette commission verrait avec plaisir l'Académie s'occuper de cette question et discuter l'influence des divers alcools sur la santé publique; le but de la commission est en effet de chercher dans son projet de loi à concilier les intérêts du Trésor et ceux de la santé publique et dans ces conditions, le débat qui s'engagerait à l'Académie ne pourrait qu'aider les législateurs et faciliter la tâche du Parlement.

Après diverses observations présentées par M. le président, M. Bergeron et M. Lefort sur le mode de procédure à adopter, l'Académie décide qu'il y a lieu de nommer une commission, celle-ci est composée de MM. Bergeron, Perrin, Dujardin-Beaumetz, Lancereaux, Rochard, Gautier.

M. Gautier annonce que deux nouvelles découvertes viennent d'être faites, l'une en Allemagne, l'autre en France dans le laboratoire de la Faculté, qui, toutes deux viennent confirmer les théories qui ont été le point de départ de ses recherches sur les leucomaïnes. Le 11 mars dernier, M. Kossel a fait paraître dans le *Zeitschrift für physiologische Chemie* de Hoppe-Segler, un mémoire sur une nouvelle base, l'*adénine* qu'il a retirée du pancréas et de la rate, mais qui existe d'après lui dans toutes les cellules animales ou végétales. C'est une leucomaïne, et des plus répandues; mais l'intérêt capital qui s'attache à ce nouvel alcaloïde, c'est qu'il est isomère de l'acide cyanhydrique et que sa formule est exactement le quintuple de celle de celui-ci. D'après Kossel cette *adénine* provient du dédoublement à l'état physiologique d'une substance albuminoïde complexe qui compose le noyau des cellules et à laquelle il a donné le nom de *nucléine*. Cette nucléine, lorsqu'elle a été isolée, peut se dédoubler sous l'influence de l'eau seule en albumine, acide phosphorique et adénine, et c'est déjà un point curieux de physiologie générale des cellules que de voir leur noyau contenir virtuellement une leucomaïne isomère de l'acide cyanhydrique. A cet intérêt s'en ajoute un autre; en effet, traitée par l'acide azoteux, l'adénine se transforme en *hypoxanthine* ou *sarcine*; elle appartient donc aux corps de la série urique qui apparaissent, non comme des produits d'oxydation directe des albuminoïdes, comme le veulent les théories classiques, mais comme des dérivés immédiats du dédoublement de ces substances par hydratation. M. Gautier se réjouit d'une découverte qui vient confirmer ses idées sur la constitution des albuminoïdes et des corps de la série urique; idées qui ont été exposées au mois de juillet 1884 à l'Académie des sciences. La transformation de l'acide cyanhydrique en *xanthine*, celle de l'adénine en hypoxanthine prouvent que le [illegible] de noyau et comme [illegible] albuminoïdes les plus complexes. Il faudra donc désormais, en médecine, tenir compte de cette [illegible] loi, à savoir que non seulement nos cellules [illegible] douées physiologiquement fabriquent sans cesse des poisons, mais que leur noyau et la substance de leur protoplasma [illegible] charpente la plus terrible et la plus toxique des [illegible] moléculaires. La seconde confirmation des faits développés devant l'académie par M. Gautier vient d'être donnée par un de ses élèves. M. Morelle qui, sur les indications de M. Gautier s'était livré à des études et de patientes recherches sur la rate. Il a découvert dans cet organe un poison redoutable dont l'existence est normale; c'est un paralyso-moteur doué d'une action puissante sur le bulbe, produisant des phénomènes asphyxiques et du collapsus. Des injections pratiquées sous la peau d'un cobaye et sous celle des grenouilles a amené la mort en produisant des effets semblables à ceux de la muscarine et de la digitaline. La découverte de M. Morelle est de nature à jeter un jour inattendu sur les fonctions et les usages de la rate et des ganglions lymphatiques qui, jusqu'à ce jour, ont présenté tant d'obscurités.

M. Collin (d'Alfort) ne comprend pas bien la portée des découvertes signalées par M. Gautier; car s'il existait un poison redoutable dans le pancréas et la rate, pourquoi les animaux nourris avec ces viscères n'éprouvent-ils aucun accident? Ne seraient-ce pas les chimistes qui, par leurs réactifs, fabriquent et créent de toutes pièces les poisons dont vient de parler M. Gautier.

M. Gautier répond que l'adénine étant isomère de l'acide cyanhydrique ne jouit pas des mêmes propriétés que celui-ci; mais outre ce premier point il en est un autre plus important et qui consiste dans la démonstration de l'existence dans toutes les cellules vivantes d'une substance isomère de l'acide cyanhydrique. Si les animaux nourris de pancréas et de rate ne succombent pas, cela tient à la minime quantité d'adénine contenue dans le parenchyme de ces organes, puisque, pour retirer 5 grammes d'adénine, il a fallu à Kossel 75 kilogrammes de pancréas.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de MM. Vallin et Lannelongue.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 10 janvier 1885. — Présidence de M. Cornil.

Hémorrhagie de la protubérance; par M. Paul Raymond, interne des hôpitaux.

La nommée Juliette R...., âgée de 32 ans, ménagère, entre le 29 novembre 1885 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. Brocq.

Cette femme, dont le père est mort tuberculeux, n'a fait aucune maladie: cependant, il y a quatre ans, elle aurait eu une hémoptysie. Peu sujette à s'enrhumer, elle ne tousse que rarement et ne crache pas. Jusqu'à l'âge de 20 ans, elle aurait eu fréquemment des épistaxis. Elle a eu un enfant il y a neuf ans et depuis elle a toujours été bien réglée. Son existence est très régulière.

Elle raconte qu'il y a quinze jours, elle a été prise de difficultés pour avaler: les aliments ne pouvaient plus passer, dit-elle; elle les mâchait longuement, mais la dysphagie était complète et elle augmenta progressivement [illegible] seule la déglutition des liquides était possible.

En même temps elle devenait sourde, principalement de l'oreille droite; puis survint de la difficulté de parole et enfin, une gêne dans la bouche sans affaiblissement des jambes toutefois.

Des renseignements complémentaires nous apprirent aussi que [illegible] caractère étaient survenus [illegible] psychique de la malade [illegible] avait subi une atteinte. Elle se [illegible] de son mari et de son enfant [illegible] suicider; autrefois très pieuse, elle [illegible] la colère et le désespoir [illegible]. En même temps [illegible]

[illegible] la femme est [illegible] ne peut expliquer.

Le [illegible] sont parfaitement sains. Tous [illegible] il n'y a pas d'albumine ni de [illegible]. Aux poumons on constate une [illegible]

D'ailleurs, aucun signe [illegible] de tuberculose pulmonaire.

Quelques jours après, on put faire avaler à la malade des aliments demi-solides, puis bientôt solides, et il ne persista plus dans son état que les phénomènes suivants : surdité allant en s'accroissant surtout à droite; idées bizarres, enfantines; absence complète de toute préoccupation ; gêne dans la marche ; la malade traîne les pieds et sautille par instants. Amaigrissement rapide avec persistance des teintes cachectiques.

Le 23 décembre, la malade qui est assoupie depuis quelques jours, se plaint de céphalalgie ; elle prononce dans son demi-sommeil des mots incompréhensibles ; elle se lève sans motifs et ses idées sont de moins en moins nettes. On trouve de l'albumine dans l'urine en quantité moyenne.

Le 26, l'amaigrissement et la surdité ont fait de grands progrès. Il n'y a aucune paralysie des membres ; rien d'anormal du côté des yeux. Cependant la main droite serre moins bien que la gauche ; la force est évidemment diminuée du côté droit.

On remarque une très légère parésie de la face du côté droit et la malade fronce moins bien le sourcil droit. Les rides sont conservées des deux côtés ainsi que les sillons naso-géniens. La malade siffle, souffle, ferme les yeux d'une façon normale.

Dans le rire, la figure est légèrement déviée à gauche.

On a constaté pendant une minute environ, la contraction des muscles de la face du côté gauche, ayant déterminé une grimace ; mais ces mouvements convulsifs ne se sont pas reproduits. La sensibilité est normale à la face et aux membres supérieurs. La sensibilité et la douleur sont accrues surtout aux membres inférieurs. La malade est très assoupie ; dans la nuit, marmottement indistinct, sans délire.

La langue n'est pas déviée ; il n'y a pas de vomissements ; pas de constipation. Les pupilles sont égales, aucun trouble du côté des yeux.

La malade parle plus difficilement et lentement, mais elle trouve bien les mots : il n'y a pas d'aphasie : la parole est plutôt hésitante avec achoppement ; c'est de la dysarthrie. Absence de raie méningitique.

On voit apparaître sur la jambe gauche, à la partie moyenne de la face interne, une ecchymose de 3 centimètres sur 2, puis à droite, deux autres ecchymoses plus petites et situées à la face postéro-externe.

Le 28, la torpeur continue ; la malade perd la connaissance de ce qui l'entoure. Il faut, pour la tirer de cet état, l'interpeller vivement. L'urine contient de l'albumine en plus grande quantité, mais pas de sucre. Les traits tirés, le teint jaune, pâle et fatigué, la malade très amaigrie, commence à délirer.

Depuis deux jours, elle pousse des cris quand on la remue, et même par moments, et sans qu'on la touche, elle pousse des cris semblables aux cris hydrencéphaliques. On note une hyperalgésie cutanée que l'on avait déjà constatée plusieurs jours avant les accidents terminaux. La malade ne mange plus ; quand on approche un verre de ses lèvres, elle boit sans difficulté et soulève ses mains pour tenir le verre.

Depuis le 23 décembre, la température oscille entre 39° et 40°. Le 26 au soir, elle atteint 41°,2. Le pouls a subi une augmentation de fréquence parallèle. De 136 pulsations le 24, il atteint 152 le 30, et 176 le 31 décembre au matin. Il est régulier, mais petit.

La respiration est aussi irrégulière. Le 25 on note 28 respirations ; le 27, il y en a 44 ; le 28, on en trouve 52 : le 29, il n'y en a plus que 28 à la minute.

L'assoupissement continue et la malade meurt dans le coma le 1er janvier. Dans les derniers jours, il y a eu de l'incontinence des urines et de la constipation.

Autopsie. — Aux poumons, on trouve un emphysème très étendu, occupant principalement les sommets et les bords antérieurs.

Il n'y a aucune trace de tuberculose. Les bronches sont enflammées. Le cœur, le foie, la rate, sont sains. L'utérus est normal. Les reins sont congestionnés ; leur volume est normal. La capsule s'enlève facilement. Au microscope, on trouve un état de tuméfaction trouble des cellules des tubuli ; une néphrite diffuse aiguë au début, avec granulations protéiques dans les cellules.

A l'examen du cerveau, on ne constate rien de particulier. Les méninges sont saines.

Dans la protubérance, on trouve deux foyers hémorrhagiques constitués par un piqueté rouge groseille sans dissociation de substance nerveuse. L'un de ces foyers, de la grosseur d'un pois, est situé sur la ligne médiane, à l'union du bulbe et de la protubérance. Il n'empiète pas sur le bulbe ; il s'étend un peu plus à droite de la ligne médiane qu'à gauche. Ce foyer est limité en avant par les fibres motrices qui traversent la protubérance et qui en ont arrêté l'extension. Il occupe le trajet des fibres sensitives des pyramides et envahit en arrière les fibres blanches de la protubérance.

Le deuxième foyer, situé au-dessus du précédent, à un centimètre et demi, est situé en arrière des fibres commissurales antérieures de la protubérance. Il est de la grosseur d'une lentille et présente les mêmes caractères que le précédent. Il siège sur le trajet des fibres motrices de la protubérance. Ces deux foyers, très nettement limités, ne s'étendent pas au 4e ventricule. Il n'y a pas d'athérome artériel.

Au microscope, on constate dans ces foyers quelques corps granuleux, des cristaux de cholestérine, des globules rouges au milieu de fibres nerveuses dissociées. Dans les différentes coupes, on n'a pas vu de vaisseaux.

Réflexions. — En résumé, chez notre malade, la mort a été la conséquence de deux foyers petits de la protubérance. La cause de cette hémorrhagie est inconnue ; il faut se rappeler toutefois que cette femme a eu des épistaxis répétés jusqu'à l'âge de 20 ans, qu'elle a eu une hémoptysie et qu'enfin, quelques jours avant sa mort, elle présentait des ecchymoses aux deux jambes. Il y avait donc chez elle une fragilité manifeste des vaisseaux et les antécédents héréditaires de tuberculose ne doivent peut-être pas être négligés, eu égard surtout aux épistaxis. Mais le principal intérêt de cette observation consiste dans la présence de symptômes que l'on ne rencontre que rarement dans les foyers protubérantiels et aussi dans l'absence d'autres symptômes que l'on est en droit d'attendre lors de l'existence de ces mêmes foyers.

C'est ainsi qu'il n'y eut pas d'hémiplégie alterne et même aucune paralysie des extrémités. Seules, la parésie faciale et la diminution de la force de la main droite furent les troubles de motilité. Le foyer supérieur avait cependant détruit le faisceau moteur sur toute la ligne médiane. La dysarthrie, la dysphagie, l'hyperalgésie, sont des phénomènes intéressants que l'on a signalés dans les lésions de la protubérance. Ce sont cependant des symptômes rares.

Les troubles de la mémoire, le changement profond que l'on a constaté dans le caractère, les perturbations des qualités affectives, faits que l'on trouve notés dans quelques observations, tendraient à faire admettre que la substance blanche de la protubérance joue un rôle dans la manifestation des facultés psychiques.

L'amaigrissement rapide, cette sorte de cachexie analogue à celle que l'on trouve dans les ramollissements étendus du cerveau est aussi un fait à noter. Il est un certain nombre de symptômes qui paraissent être plutôt le résultat de phénomènes à distance, tels sont la surdité progressive, l'accélération des battements du cœur, l'élévation de la température, les troubles de la respiration, enfin, l'albuminurie. Nous signalerons à ce propos, la production d'une néphrite diffuse aiguë qui s'est développée à l'hôpital.

De ces phénomènes, nous rapprocherons les ecchymoses des jambes qui paraissent avoir été les seuls troubles vaso-moteurs.

Enfin, il est un fait intéressant et sur lequel il y a lieu d'insister ; c'est l'intégrité de la sensibilité générale : le faisceau sensitif au niveau de la protubérance s'écartait de la ligne médiane et, se trouvant situé à la partie postérieure et externe des fibres motrices, n'a pas été touché. Cette

intégrité de la sensibilité semble venir à l'appui de l'opinion de MM. Sappey et Duval qui pensent que les fibres sensitives ne se mélangent pas aux fibres motrices, tandis que, d'après MM. Debove et Gombault, il y aurait intrication des deux ordres de fibres.

Séance du 22 janvier 1886. — Présidence de M. Cornil.

20. Anévrysme de l'aorte thoracique descendante. — Accès de dyspnée. — Ouverture dans la bronche gauche; par A. Grandhomme, interne des hôpitaux.

Le nommé Wa.... Georges, âgé de 75 ans, journalier entré le 8 janvier 1886, salle Saint-Bernard n° 34, Hôtel-Dieu (annexe), service de M. Merklen.

Ce malade se plaint d'accès d'oppression très intenses, survenant surtout la nuit. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse, mais depuis 4 à 5 ans, il tousse fréquemment; au moindre effort il est oppressé. En outre, il a maigri d'une façon notable depuis quelque temps. Les accès d'oppression dont il se plaint sont plus fréquents et plus prononcés depuis un mois environ ; c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

A son entrée, on constate un amaigrissement très marqué, la toux est fréquente, suivie d'une expectoration grisâtre peu abondante, la respiration est sifflante, augmentée de fréquence ; la parole et la voix sont normales.

A l'examen de la poitrine, on constate un peu d'exagération de la sonorité aux bases, rien à la palpation. A l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitants, aux deux bases. Dans le reste de la poitrine, il y des râles ronflants et sibilants ; gros râles humides aux sommets, pas de souffle.

Battements du cœur normaux, pouls régulier, artères radiales dures, sinueuses. Appétit peu marqué, selles régulières ; urine rougeâtre, riche en sels, non albumineuse; pas de fièvre.

On porte le diagnostic : bronchite chronique et emphysème pulmonaire, cachexie sénile. Les jours suivants, peu de modifications.

Le 15 janvier, la dyspnée est plus prononcée, expectoration légèrement sanguinolente, pas de signe particulier à l'auscultation.

Le 17, au matin, violent accès de dyspnée rappelant une attaque d'asthme. Le malade est obligé de s'asseoir sur son lit, la respiration est fréquente, tous les inspirateurs entrent en jeu ; il n'y a pas de signe de sténose laryngée ; l'air pénètre dans le poumon. La face, pâle, légèrement cyanotique, les extrémités froides, bleuâtres. La parole est entrecoupée, la voix normale. Cet accès très intense dure peu de temps. Dans le courant de la journée et la nuit suivante deux accès analogues apparaissent encore. Après chacun d'eux, le malade se sent très fatigué.

Les 2 jours suivants, quelques nouveaux accès se reproduisent; ils sont moins intenses, mais plus longs; les hémoptysies sont plus abondantes, la dyspnée tend à devenir continue.

Le 19 dans l'après-midi, le malade qui se trouvait mieux, rend tout à coup un flot de sang rutilant et meurt rapidement; la quantité de sang rendue peut être évaluée à 3/4 de litre environ. Cette hémoptysie foudroyante, rapprochée des accès de dyspnée, fait penser à la possibilité d'un anévryme de l'aorte ouvert dans les voies aériennes.

A l'Autopsie, en effet, on trouva un volumineux anévrysme de l'aorte thoracique descendante. La poche est formée aux dépens de la partie gauche de la paroi aortique. Les tuniques artérielles sont à ce niveau refoulées en dehors sur une grande étendue. Cette dilatation prend naissance là où commence l'aorte descendante et s'étend jusqu'à l'orifice aortique du diaphragme. Très volumineuse dans la portion supérieure, elle diminue progressivement de calibre, en bas, et se continue à plein canal avec l'aorte abdominale.

La tumeur ainsi formée, est très volumineuse, elle occupe en haut toute la gouttière costo-vertébrale; elle mesure 28 cent. de long. Elle repose sur le côté gauche de la colonne vertébrale, à laquelle elle adhère intimement. Les vertèbres, du reste, sont absolument saines. Sa consistance est ferme, analogue à celle d'un poumon fortement hépatisé.

Après incision de la tumeur, on voit que la paroi de l'aorte fortement amincie, athéromateuse, est adhérente à la plèvre pariétale. La cavité de l'anévrysme est remplie par un caillot fibrineux présentant de nombreuses stratifications; ce caillot s'étend de l'origine de la dilatation à l'orifice de l'artère rénale gauche où il se termine en s'amincissant ; dans sa plus grande épaisseur, il mesure 10 centimètres. A la périphérie, et vers la partie la plus convexe, on remarque quatre mamelons formés par des strates très courtes, le sommet est formé de matière athéromateuse. Plus en dedans, on trouve des strates plus longues formant une base commune aux quatre mamelons; enfin, on trouve des stratifications qui occupent toute la longueur de la poche. La face interne du caillot est formée par des feuillets de fibrine, irréguliers, plus ou moins décollés par leur bord. Ce caillot comble la poche de telle sorte que le calibre du vaisseau est seulement un peu supérieur à celui d'une aorte normale.

Ces feuillets fibrineux cachent l'orifice par lequel s'est faite l'hémorrhagie. La crosse de l'aorte est dilatée, athéromateuse. Les valvules sont suffisantes, le cœur est flasque, non hypertrophié ; ses orifices sont normaux. Le péricarde est sain. La plèvre et le poumon gauches sont fortement refoulés. Ce dernier coiffe la tumeur et la sépare de la paroi thoracique. Il est atélectasié à ce niveau et présente quelques nodules de pneumonie chronique. Les bases sont un peu congestionnées.

Les nerfs pneumogastrique et récurrent gauches sont englobés dans la tumeur.

La trachée, ainsi que les bronches, sont remplies de mucosités sanguinolentes; la bronche gauche, bien qu'enserrée par la tumeur, ne paraît pas comprimée. On y remarque, en arrière, un petit orifice au niveau du point où elle répond à l'aorte ; par cet orifice, on peut conduire un stylet dans la lumière du vaisseau.

A la surface interne de l'œsophage, là où il croise l'aorte on remarque une saillie, une sorte de papule, lisse, arrondie, bleuâtre. A ce niveau, la paroi est très amincie et n'aurait pas tardé à se rompre.

L'état des artères intercostales n'a pu être examiné. Il n'y a rien de spécial à noter dans les autres viscères ; dans aucun d'eux on n'a trouvé traces d'embolies.

21. Cancer de l'œsophage. — Perforation de l'aorte; par A. Grandhomme, interne des hôpitaux.

Le nommé Hu.... Jules, monteur en bronze, âgé de 49 ans, entré le 18 décembre 1885, salle Saint-Bernard n° 13, Hôtel-Dieu (annexe), service de M. Barth.

Les accidents qui amènent ce malade à l'hôpital ont débuté dans le courant du mois de mai 1885. A cette époque, il ressentit une douleur profonde, peu vive, qu'il rapportait à la région moyenne du sternum. Cette douleur qui s'accompagnait de troubles de la déglutition, plus prononcés pour les liquides, disparut après 3 à 4 jours.

Un mois après survinrent des accidents plus intenses : très rapidement la déglutition, des solides surtout, devint à peu près impossible. Ce n'était qu'après de longs efforts que les aliments traversaient l'œsophage, les liquides au contraire étaient plus facilement déglutis.

Depuis cette époque, le malade a dû se mettre au régime lacté, car les aliments solides étaient immédiatement vomis. Les douleurs toujours rapportées au même siège, accompagnaient les troubles de la déglutition.

Le malade continue cependant son travail ; mais ses forces s'épuisant, il entre à l'hôpital.

Jamais il n'a eu d'hématémèses, mais il a eu, dit-il, des selles noirâtres. Il n'accuse de douleurs spontanées que depuis 8 jours environ ; celles-ci siègent au creux épigastrique et à la région correspondante de la colonne vertébrale. A part des excès alcooliques, on ne trouve rien de spécial à noter dans ses antécédents.

A son entrée, on constate un état cachectique très prononcé, l'appétit est assez bien conservé. Constipation; selles de coloration normale.

La déglutition est très difficile; le malade mâche longuement ses aliments et fait de grands efforts pour les déglutir. Il accuse un obstacle qu'il rapporte à la portion moyenne du sternum. Le plus souvent, les aliments solides ne peuvent franchir cet obstacle et sont immédiatement rendus; les liquides, au contraire, passent facilement.

Le cathétérisme de l'œsophage, pratiqué avec la plus petite olive de l'explorateur, démontre l'existence d'un rétrécissement anfractueux siégeant à 14 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur de l'œsophage. L'olive est légèrement teintée sang.

L'auscultation de l'œsophage ne donne aucun signe. Il n'existe pas de tumeur ganglionnaire dans les régions sus-claviculaires. Rien à noter dans les autres organes. On porte le diagnostic : cancer de l'œsophage.

Les jours suivants, le malade ne présente rien de particulier; mais le 23 décembre, il est pris tout à coup de sueurs froides, de défaillance, la face est d'une pâleur extrême, le pouls est petit, la voix faible; le malade rend par la bouche deux cuillerées de sang environ et meurt une quinzaine de minutes après le début des accidents.

A l'Autopsie, on trouve l'estomac très distendu et renfermant un énorme caillot sanguin. L'œsophage incisé présentait, au niveau du point où il croise l'aorte, une ulcération à bords réguliers, taillés à pic, à fond grisâtre, mesurant 5 centim. de diamètre. Au point correspondant, du côté de l'aorte, il existait un orifice arrondi, de 5 à 6 millimètres de diamètre, par lequel s'était faite l'hémorrhagie.

Les divers viscères étaient pâles, décolorés, les reins surtout, qui étaient absolument blancs.

Dans les poumons, on trouva quelques noyaux secondaires.

L'examen *histologique* a démontré qu'il s'agissait là d'un épithélioma de l'œsophage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mars 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Monod rapporte l'observation d'une malade opérée de *hernie étranglée* et qui mourut quelques heures après sans sortir du collapsus dans lequel elle était déjà au moment de l'opération. L'autopsie montra des lésions de néphrite interstitielle et un certain degré d'œdème cérébral. M. Monod rappelle les recherches de M. Raymond sur l'urémie chronique et l'œdème cérébral qui l'accompagne; il attribue aux lésions du rein la mort de son opérée.

M. Richelot lit un travail établissant la *supériorité de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne* sur la trachéotomie, toutes les fois que l'on a le choix du procédé. Ce travail s'appuie sur cinq observations personnelles et sur un grand nombre d'autres empruntées aux chirurgiens français et étrangers. M. Richelot insiste sur les avantages de la laryngotomie, opération simple, facile, qui ne présente aucun des dangers de la trachéotomie; il conseille de se servir du bistouri et d'employer la canule à bec. M. Richelot considère la trachéotomie comme une imprudence lorsqu'on a le choix du procédé.

M. Verneuil appuie les conclusions de M. Richelot et rappelle qu'il a prédit depuis plusieurs années la disparition de la trachéotomie qui doit faire place à la laryngotomie.

M. Le Dentu rapporte une observation personnelle de laryngotomie : il se servit du thermo-cautère, ponctionna au bistouri la membrane et la canule fut introduite avec la plus grande facilité. Les suites de l'opération furent excellentes.

Paul Poirier.

Mont-de-Piété de Paris — MM. Gaufrès, Muzet, le Dr Robinet, conseillers municipaux, et Gérard, maire du XXe arrondissement, viennent d'être nommés membres du conseil de surveillance du Mont-de-piété de Paris.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

II. Des fractures spontanées; par P. Simon, vol. in-8 de 226 p. Félix Alcan, éditeur, 1886.

A proprement parler, il n'y a pas de *fractures spontanées* : un os ne peut se briser sans l'intervention d'une cause quelconque, et M. Simon prend soin de l'affirmer sans détour au début même de sa thèse. C'est là en effet une de ces vieilles locutions, mauvaises, ne le cachons pas, mais consacrées par l'*usage*, conservées précieusement à tort ou à raison, — on peut différer d'avis à ce sujet, — et qui malgré tout promettent de vivre plus longtemps que nous. Sacrifiant donc à ce tyran des langues l'auteur indique ce qu'on doit cliniquement entendre par fractures spontanées. Si dans une fracture vulgaire, la violence du traumatisme prime tout, la notion de la résistance de l'os est d'importance capitale dans la fracture spontanée. La cohésion du tissu osseux est-elle diminuée, le plus léger trauma, insuffisant pour produire un bris de l'os dans les cas ordinaires, amènera une fracture qui sera dite alors spontanée.

Comment cette résistance peut-elle s'affaiblir? De deux façons principales, pour M. Simon : 1° par une altération préalable de l'os; dans ce cas la fracture est dite plus particulièrement *fracture* spontanée *pathologique*. C'est là une notion si importante que pour les anciens elle existait seule, si bien qu'ils confondaient les termes fractures spontanées et fractures pathologiques; 2° mais il faut savoir que cette altération n'existe pas toujours et que la fragilité de l'os peut être due à une cause purement physiologique, encore mal connue. Comment expliquer sans cela les fractures spontanées par contraction musculaire seule chez des sujets dont le système osseux est absolument sain? Après avoir ainsi défini son sujet, M. Simon le délimite encore mieux en mettant de côté avec raison les décollements épiphysaires.

Nous venons de voir que l'auteur distingue nettement les fractures *pathologiques* de celles qui se produisent *sans lésions antérieures de l'os*, et sont dues à la contraction musculaire; il les étudie séparément, pensant qu'au point de vue anatomique et étiologique il y a avantage à procéder ainsi; cliniquement il ne doit plus en être de même : aussi est-il obligé de réunir dans un même chapitre la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques des fractures spontanées. Une distinction aussi tranchée prête le flanc à la critique, comme le remarque lui-même M. Simon; rien de plus vrai, mais nous devons nous borner à le noter avec lui.

La première partie de la thèse est consacrée aux fractures des *os sains par action musculaire*, et leur étude est suivie de quelques considérations intéressantes sur la fragilité physiologique des os. Ces fractures sont rares, leur existence a été discutée, même niée. On doit aujourd'hui les admettre, pour certains os au moins, et y bien distinguer les fractures des os courts (rotule, etc.), de celles des os longs. Elles peuvent se produire lors des spasmes toniques (épilepsie, tétanos), ou bien être causées par la contraction volontaire des muscles : cette dernière, qui est étiologique, est la plus importante. Leur pathogénie varie avec leur siège; citons surtout celles de la clavicule, puis celles du radius, du sternum, des côtes, etc. Le chapitre de la fragilité physiologique des os comprend quelques pages dignes d'attention; le manque de documents a forcé l'auteur à être très bref à ce sujet.

Les fractures *pathologiques* sont traitées par contre avec tous les développements désirables; nous ne reproduirons ici que le plan de ce long chapitre, nourri de faits et impossible à résumer brièvement. Ces fractures s'observent soit à la suite de lésions inflammatoires du tissu osseux (ostéites : épiphysaire des adolescents, traumatique, scrofuleuse, etc.), soit à la suite de lésions organiques des os (tumeurs bénignes et principalement les kystes hydatiques, puis les tumeurs malignes, et parmi elles en première ligne l'ostéo-sarcome et le cancer), soit enfin à la suite de lésions osseuses dues à la syphilis héréditaire ou acquise. Elles peuvent encore se rencontrer lors d'altérations nutritives des os : dans l'ostéomalacie, le diabète, pendant la grossesse; la lésion antérieure dans ces cas paraît être de nature purement chimique; dans d'autres, elle est plu-

tôt histologique, et c'est ce qu'on constate dans le rachitisme, le scorbut, l'ostéoporose, l'atrophie des os d'origine nerveuse (en particulier dans celle de l'ataxie locomotrice). M. Simon s'attarde avec juste raison sur ces dernières variétés de fractures spontanées, dont l'histoire a été en France si bien mise en relief par M. le professeur Charcot.

L'ouvrage se termine par un certain nombre de remarques pratiques sur les particularités symptomatiques de ces fractures et sur leur traitement. L'auteur, évitant avec soin tout ce qui se rapporte à l'étude générale des fractures, insiste sur leur mode de début plutôt que sur les signes de la lésion effectuée. Le diagnostic est en général facile et a pour base principale l'étude des commémoratifs ; il faut bien savoir pourtant qu'on peut hésiter dans certaines circonstances spéciales. La gravité de l'affection varie avec la variété étiologique, mais on peut dire que le pronostic est moins bénin que celui d'une fracture banale.

Les indications thérapeutiques sont en rapport avec l'état antérieur de l'os ; l'affection primitive devra fortement attirer l'attention du médecin, et la fracture sera traitée par les moyens ordinaires, si elle est sous la dépendance d'une lésion osseuse liée à un état général ou une altération nerveuse. Si elle constitue un accident purement local, la conduite à tenir dépend de la nature de la maladie initiale : souvent, lors de kystes hydatiques, d'ostéo-sarcome, par exemple, on devra recourir ou à la résection, ou à l'amputation, ou à la désarticulation.

Marc. B.

III Nosographie des chorées; par M. Lannois. 1886. J.-B. Baillière.

M. Lannois a compris le mot chorée dans son sens le plus large, il définit les mouvements choréiques de la façon suivante : « Mouvements musculaires à grand rayon, involontaires ; bien que le plus habituellement conscients, occupant principalement la tête et les membres, incessamment renouvelés sans repos ni trêve et ne s'arrêtant que pendant le sommeil. » Aussi trouve-t-on dans ce travail la description d'une foule d'états fort distincts les uns des autres, ainsi que le fait très bien remarquer l'auteur. — Ces états sont rangés en trois grandes classes :

1re Classe, *chorées rythmiques* comprenant les chorées épidémiques (danse de Saint-Guy épidémique, tarentisme, tigretier, jumpers, etc.) et les chorées rythmiques proprement dites (chorée rythmique hystérique, spasme réflexe saltatoire). — 2e Classe, *pseudo-chorées* divisées en deux groupes constitués par le tic de Salaam, les chorées électriques (maladie de Dubini — maladie de Bergeron), les pseudo-chorées du larynx et du diaphragme, la maladie des tics convulsifs, le paramyoclonus multiplex.—3e Classe, *chorées arythmiques* comprenant l'hémichorée et l'hémiathétose symptomatiques et la chorée de Sydenham, avec ses variétés (chorée de Sydenham proprement dite, chorée molle, chorée de la grossesse, chorée des vieillards, chorée héréditaire).

Chacune de ces affections est l'objet d'un chapitre spécial ; c'est là une sorte de monographie donnant très exactement l'état actuel de la question et contenant une étude détaillée de l'étiologie et des principaux caractères de ces différentes formes de chorée. Ainsi se trouvent rassemblés des matériaux tout à fait épars auparavant et qui grâce à l'ordre et à la clarté avec lesquels ils sont classés par M. Lannois, pourront maintenant être consultés avec fruit. Signalons aussi les chapitres consacrés à l'anatomie pathologique des chorées, aux rapports et à la nature de la chorée de Sydenham, chapitres dans lesquels l'auteur fait preuve à la fois d'une érudition étendue et d'une critique très fine. De curieuses photographies instantanées donnent un intérêt tout particulier, à une observation d'hystéro-chorée rapportée par l'auteur.

IV. Des vertiges, par E. Weill. — Paris. 1886.

Dans son travail, M. Weill prenant le vertige dans son acception la plus restreinte, dans le sens pour ainsi dire littéral du mot, le définit avec Gr. Stewart. « le sentiment de l'instabilité de notre position dans l'espace relativement aux objets environnants. »

Des considérations physiologiques empruntées aux expériences les plus récentes amènent l'auteur à considérer le cervelet comme le centre de l'équilibration : son excitation amènerait la titubation, le vertige, qu'elle parte des canaux demi-circulaires ou de l'écorce cérébrale ou qu'elle soit mixte. Ce sont ces faits expérimentaux qui servent de base à la classification des vertiges qui seront produits : 1° par des troubles de l'appareil de l'équilibration réflexe ; 2° par des troubles du mécanisme sensoriel d'équilibration ; 3° qui seront mixtes.

Dans le premier groupe on peut distinguer les vertiges par lésions organiques (vertiges de Ménière, par lésions du cervelet, par affections nerveuses organiques de siège variable) et par troubles fonctionnels (vertiges des névroses, par troubles circulatoires, réflexes, diathésiques, toxiques). Le second groupe comprend les vertiges visuels (diplopie, strabisme, nystagmus, asthénopie, etc.) ; dans le troisième, on trouve décrits les vertiges par rotation, le mal de mer. Passer en revue tous ces différents chapitres nous est impossible : nous signalerons seulement celui qui a rapport au vertige de Ménière et qui est traité d'une façon fort complète, les chapitres des vertiges diathésiques, et de ceux d'origine sensorielle, celui de la pathogénie où l'auteur s'appuyant sur les considérations physiologiques exposées au début de son travail cherche à donner une explication théorique des différents vertiges.

Mais à côté de la pathogénie, nous eussions désiré voir figurer une discussion sur l'étiologie qui n'est seulement qu'esquissée ; cela, à notre avis du moins, eût été intéressant surtout en ce qui concerne certaines formes peu déterminées, telles que le vertige auriculaire, traumatique, gastrique, et celui qui accompagne ou précède certaines formes de vésanies. De même le vertige des névroses nous semble avoir été traité bien rapidement : le vertige hystérique n'est que signalé ; le vertige neurasthénique est bien traité en ses différents points, mais sa description est disséminée un peu partout et cependant cette forme, d'une fréquence si grande en clinique, n'est pas moins importante à connaître que le vertige de Ménière. De même le diagnostic du vertige en lui-même si difficile qu'il s[illegible] peut cependant, sinon s'affirmer, au moins être entrev[illegible] dans bien des cas ; et si la notion étiologique, la recherc[illegible] des syndromes dont il fait partie est indispensable pour le confirmer, on est souvent guidé dans cela par la description même que fait le malade de son vertige. Aussi une vue d'ensemble, un diagnostic de ses caractères propres, méritait peut-être au moins un essai.

Quoiqu'il en soit de ces critiques de détails, le travail de M. Weill renferme non seulement des renseignements bibliographiques très complets, mais aussi des idées nouvelles sur bien des points particuliers de cette partie de la pathologie médicale.

Evidemment la question des vertiges est loin d'être encore résolue ; mais la thèse que nous venons de résumer brièvement n'en constitue pas moins un document des plus utiles qui peut être lu avec intérêt et consulté avec fruit par le public médical.

J. F.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement très efficace des attaques d'hystérie;

Par M. le Dr Marc Chauvont.

On entend beaucoup parler des hystériques depuis quelques années. Tantôt on décrit chez elles un signe somatique encore peu soupçonné ; tantôt on attache une importance extrême à un phénomène de l'ordre intellectuel. On va même jusqu'à suggérer les choses les plus osées à ces malades, préalablement hypnotisées, et, à leur réveil, elles exécutent fidèlement l'ordre donné. Les hystériques enfin, exploitées par des magnétiseurs étrangers à la médecine et conduites dans des salons mondains, font parade, dit-on, de leurs petits talents de société devant des amateurs interlopes et blasés.

En province, nous ne nous doutons point de ces choses, d'ailleurs assez tristes. Pour nous, une hystérique convulsive est une grande malade, et nous tenons à honneur de la traiter le moins mal possible et de la guérir. Quant à faire d'elle une marionnette amusante, courant le cachet et vivant de sa névrose, nous n'y pensons guère.

Puisque l'on oublie toujours de nous parler de la thérapeutique de l'hystérie, je tiens à résumer en quelques lignes les résultats assez heureux de ma pratique personnelle. Comme médecin d'une manufacture employant un nombre très considérable de femmes, j'ai vu, en effet, beaucoup d'hystériques, et j'en suis arrivé à croire que l'on peut pour elles beaucoup plus qu'on ne le croit généralement.

Pour un certain nombre de malades, je commence d'abord par m'occuper de l'état général. Lorsque, à l'aide de l'huile de foie de morue, de la gentiane, du fer, du quinquina, de la bière, des douches froides ou des bains de rivière, je suis parvenu à me préparer une bonne base d'expérimentation, j'administre, si les attaques d'hystérie apparaissent fréquemment, trois petites cuillers à café de Sirop de Henry Mure, dans un quart de verre d'eau, au moment même du repas, à midi et le soir, pendant un mois. Les crises s'arrêtent, la malade est moins nerveuse, plus calme, mieux disposée, et elle travaille avec un entrain soutenu. Je profite de cette accalmie manifeste pour suspendre le médicament, prescrire de l'exercice, ordonner du lait en guise de tisane et ne pas négliger certaines recommandations appropriées à l'état, à la situation et même aux idiosyncrasies de chacune d'elles.

Au bout d'un mois, de six semaines et parfois de deux mois, quand même aucune attaque hystérique ne se serait produite dans l'intervalle, je reprends comme précédemment l'usage du sirop de Henry Mure, aux mêmes doses, pendant un mois (période menstruelle comprise); puis j'attends de nouveau un, deux ou trois mois, ne faisant que soutenir les forces générales, surveillant l'alimentation et conseillant, selon le cas ou la saison, soit de l'hydrothérapie, soit quelques bains sulfureux ou alcalins, soit des frictions sèches sur tout le corps, matin et soir.

Je reviens à la charge de la même manière encore plusieurs fois, et, le plus généralement, les crises d'hystérie sont enrayées au bout d'un an ou de dix-huit mois. Sans doute les malades restent exposées à des impatiences, à des irritabilités, à des pleurs non motivés, ou à des manifestations jalouses passagères, surtout à l'époque des règles, après une contrariété vive, ou sous l'influence de certaines particularités atmosphériques (neige ou orage), mais les attaques ne se montrent plus ou n'apparaissent que très rarement.

Le remède est d'ailleurs si bien à côté du mal que les femmes elles-mêmes, lorsqu'elles se sentent *énervées*, selon leur propre expression, se prescrivent et s'administrent le médicament pendant une huitaine de jours, jusqu'à ce qu'elles se sentent sûres d'elles.

Comment le sirop de Henry Mure, qui doit au traitement de l'épilepsie son immense succès en Europe et en Amérique, n'a-t-il pas été inscrit en tête des médications anti hystériques ? Il réussit, je l'affirme, dans les neuf dixièmes des cas, mais à la condition d'être donné à une dose relativement faible et intermittente. Tandis que ce médicament si efficace n'a déterminé la guérison d'un grand nombre d'épileptiques qu'à l'aide de doses assez élevées et longtemps continuées, il ne conduit, au contraire, à des résultats précieux dans l'hystérie que moyennant un dosage moindre et un usage non continu. Voilà ce qui, je crois, n'a jamais été dit, et ce qui est cependant d'une importance pratique bien considérable.

L'association de différents bromures entre eux et la combinaison de certains agents thérapeutiques avec le bromure de potassium échouent constamment. Le bromure de potassium, d'autre part, est bien rarement livré pur. Ce qui justifie la vogue du sirop de Henry Mure, c'est que tous les médecins de tous les pays savent que ce médicament renferme un bromure exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à café contient mathématiquement 50 centigrammes de sel et que cette préparation, appliquée au traitement des névroses convulsives, a déterminé partout les guérisons les plus durables. Le succès appelle le succès.

CORRESPONDANCE

Enseignement de la médecine en Portugal.

Lisbonne, 7 mars 1886.

Monsieur le rédacteur,

Le numéro des étudiants du *Progrès médical* publie cette année (1885) une notice sur l'*enseignement médical en Portugal* où il n'y a que de très petites erreurs. Seulement il n'y est pas dit le cours des études et la distribution des matières à chacune des écoles (1).

Les études physico-naturelles ne sont pas faites dans les écoles; elles sont suivies dans les écoles polytechniques; elles se complètent en deux ans, ce qui porte à sept ans la durée du cours médical, soit dans la faculté de Coimbra, soit dans les écoles de Lisbonne et Porto. Ces trois écoles sont les seules qui donnent le droit entier et tout à fait égal à l'exercice de la médecine. Dans les deux autres écoles du Portugal, l'une à Funchal (Madère), l'autre à Goa (Inde), les sciences naturelles ne sont pas enseignées aux écoles polytechniques; de même les cours sont là très réduits et ils ne donnent pas un droit entier à l'exercice. Ces écoles font des chirurgiens *ministrantes*, quelque chose comme des officiers de santé.

Le cours de médecine est distribué comme suit aux écoles du continent : 1re année, anatomie descriptive; 2e année, répétition de l'anatomie, physiologie, pathologie générale; 3e année, matière médicale, thérapeutique et pharmacie, pathologie externe, anatomie pathologique, chimique et chirurgicale; 4e année, médecine opératoire et anatomie topographique, pathologie interne, clinique chirurgicale et clinique médicale, 5e année, médecine légale et hygiène publique, cours et clinique d'accouchements, clinique médicale, clinique chirurgicale.

La *Faculté de Coimbra* a les mêmes cours. Seulement la tocologie est étudiée avec la clinique chirurgicale et il y a un cours d'histologie. Malgré cela les écoles sont bien plus fréquentées, parce qu'il y a une grande richesse de matériel pour l'enseignement (malades, cadavres, etc.). Du reste, on peut voir la différence entre tous ces points de vue dans les articles de fond publiés par la *Medicina Contemporanea* la dernière année (nos 49, 50, 51, 52).

Jusqu'à la fin de 1880 il n'y avait rien de préparé officiellement pour la réforme de l'enseignement, que les écoles demandent de plus en plus vivement. Seulement, le 2 janvier 1886 a paru un rapport du conseil supérieur de l'instruction publique où l'on propose au ministre de faire les réformes pour l'enseignement, demandées depuis plusieurs années.

La partie de ce rapport en ce qui concerne la médecine a paru en entier dans la *Medicina Contemporanea*, no 5, p. 45. On peut résumer comme suit les propositions faites : Création d'une chaire d'histologie dans les écoles. Dédoublement de la chaire de médecine légale et d'hygiène publique dans les trois écoles. Création d'un cours d'anatomie topographique. Augmentation du nombre de cours de clinique générale. Création de cours auxiliaires de pathologie et clinique de maladies des yeux, de la peau, syphilitiques, nerveuses et mentales et des enfants. Institution d'une morgue mise en rapport avec l'enseignement. Annexion de la direction d'une salle de l'hôpital de San-José à chacune des chaires de l'école de Lisbonne. (Aujourd'hui tous les professeurs sont médecins à l'hôpital. On veut rendre cela obligatoire.) Voyages scientifiques des professeurs. Création d'un personnel pour les travaux pratiques. Internat de clinique. La langue allemande rendue obligatoire comme préparatoire pour l'entrée des écoles. (Aujourd'hui sont obligatoires le fran-

(1) Le peu d'espace dont nous disposions dans le no des Étudiants nous a seul empêché de nous étendre comme nous l'aurions désiré sur l'organisation médicale en Portugal.

çais et l'anglais....) (1). Augmentation des dotations des écoles. Construction d'un édifice pour l'école de Lisbonne. Augmentation des honoraires (par la création d'une gratification). Retraite obligatoire après trente années de service et avec cinquante-cinq ans d'âge. (Aujourd'hui *on peut* avoir sa retraite après vingt années de service, en conservant ses honoraires ; il faut avoir l'âge de cinquante ans ; ou après trente ans, en conservant ses honoraires et *un tiers* de plus, le tiers qui est accordé pour cet excès de dix ans. En général les professeurs profitent de cette disposition. On cite ceux — très rares — qui se maintiennent dans l'enseignement après trente ans de service.)

Veuillez agréer, etc.

Dr Miquel Bombard.

L'Assistance publique et les concours du Bureau central.

Paris, 18 mars 1886 (2).

M. le Rédacteur,

.... Croirait-on qu'actuellement, à la fin du mois de mars, l'administration de l'Assistance publique n'a encore fixé ni la date du concours pour le Bureau Central, ni même le nombre des places à donner. Il semble que ce soit à regret que cette Administration entr'ouvre sa porte, elle y met tous les retards qu'elle peut, et puis enfin, quand les derniers délais sont écoulés, elle s'efforce de ne donner que la moitié des places qui seraient nécessaires.

Nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur l'insuffisance du nombre des médecins du Bureau central; nous traiterons quelque jour cette question tout au long. Ce contre quoi nous protestons aujourd'hui, c'est l'*incurie* grâce à laquelle la date du prochain Concours n'est pas encore fixée et ne peut être indiquée ni officiellement ni même officieusement. Quelle idée l'Administration se fait-elle donc de ce concours et de ceux qui y prennent part? Ignore-t-elle donc que tous ces jeunes hommes ont des droits acquis à certains égards de sa part grâce aux services qu'ils ont rendus depuis dix ans et plus, comme externes, comme internes, comme chefs de cliniques, comme remplaçants bénévoles aux époques où le nombre des médecins du Bureau central devient par trop insuffisant. Il faudrait donc prendre garde de trop les traiter comme de malheureux surnuméraires à l'entière discrétion de l'Assistance. Pourquoi reculer indéfiniment l'ouverture du Concours, alors que des places sont laissées vacantes par retraite ou démission depuis le mois de janvier ?

Ces retards sont déplorables à bien des points de vue, d'abord parce qu'ils nuisent au fonctionnement des services hospitaliers et aussi parce qu'ils causent un sérieux préjudice aux candidats. Ceux-ci dans l'ignorance où on les laisse de l'époque du concours sont forcés de se maintenir constamment sous pression, de sacrifier tout au travail stérile des conférences, de se livrer à une révision perpétuelle du programme, afin de ne pas être pris au dépourvu. La production scientifique en France est-elle donc si abondante, la tendance aux recherches personnelles si marquée, qu'il faille par la mauvaise disposition des concours leur apporter des obstacles à peu près insurmontables, et frapper de stérilité forcée tous ceux qui tiennent la tête des nouvelles générations médicales.

Veuillez agréer, etc. D^r X.

Nous avons la conviction que M. Peyron a été mal renseigné et mal conseillé ; nous espérons que la lettre de notre correspondant attirera son attention et qu'il prendra en sérieuse considération les arguments invoqués. Nous ajouterons que la mort de M. Triboulet ayant donné une troisième vacance, l'Administration aura la main forcée. Si elle tient compte des besoins du service médical pendant les vacances, elle fera deux concours de deux places.

---

(1) Il serait du devoir du ministre des affaires étrangères de veiller à ce que le français puisse toujours être compris parmi les langues obligatoires exigées à l'entrée de l'Université.

(2) Le défaut d'espace nous a empeché de faire paraître cette lettre dans le dernier numéro.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Patentes médicales, pétition des médecins des stations d'eaux minérales.

M. Bourneville a déposé la pétition suivante sur le bureau de la Chambre des députés il y a quelques jours.

Vichy, le 31 août 1885.

Messieurs les Députés,

Nous, soussignés, venons soumettre à votre juste appréciation la réclamation suivante :

Nous sommes tous docteurs en médecine résidant à Vichy pendant la période estivale et hivernale. Nous allons passer, les uns l'hiver à Nice, les autres à Alger, à Paris ou dans nos familles. Nous exerçons plus ou moins, gratuitement bien souvent, pendant l'hiver, aux endroits où nous résidons, les droits que nous confère notre diplôme de docteur.

L'administration des contributions directes nous impose en double, même au triple, les droits de patente.

Nous venons vous prier, Messieurs les députés, de faire modifier ce règlement qui nous frappe d'une taxe multiple. L'Etat, en nous donnant notre diplôme de docteur, nous défend de nous faire suppléer dans les droits que confère ce diplôme. Pas plus que personne nous n'avons le pouvoir d'ubiquité.

N'est-il pas non-seulement juste, mais encore logique, que nous ne soyons soumis qu'à une seule taxe de patente ?

Qu'on nous impose soit à l'endroit où nous payons le loyer le plus élevé, soit dans la localité où nous avons notre domicile légal, rien de plus acceptable par tous bons citoyens que nous sommes.

Mais nous vous prions de faire qu'à l'avenir on ne nous applique plus autant de droits de patente que nous avons de locaux à bail ou de propriétés habitées par nous.

Veuillez, etc.

Cette pétition est signée de la plupart des médecins des stations d'eaux minérales de la France, notamment de Vichy (35 signataires), Evian (6), Mont-Dore (9), Pougues (3), La Bourboule (11), Néris (5), Luchon (8), Capvern (4), Saint-Honoré (3), Vals (1), Allevard (4), Eaux Bonnes (2), Luxeuil (1), Saint-Nectaire (2), Saint-Alban (1), Vittal (2).

BIBLIOGRAPHIE

L'oblitération de l'aorte abdominale; par le Dr Vicenzo Cammareri (Napoli).

C'est à la suite d'un cas personnel dont le diagnostic avait failli lui échapper, que l'auteur se décida à reconstituer l'histoire de l'oblitération de l'aorte abdominale, en compilant les différentes observations qui existent dans la science et en discutant longuement la pathogénie. La première observation publiée en 1835, est française et due à Barth. Dix ans plus tard, Romberg en publiait une seconde.

La maladie paraît frapper particulièrement les sujets à l'âge adulte, plutôt les hommes que les femmes. Rarement la thrombose lui donne naissance, l'embolie d'origine ventriculaire paraît être la cause habituelle. L'embolus s'arrêtant au niveau de l'éperon aortico-iliaque provoque la coagulation de la fibrine du sang, et grossissant de plus en plus finit, au bout de quelques jours ou en quelques mois, par oblitérer la cavité du vaisseau.

Le caillot présente la structure connue de tout le monde. Il remonte à peine au-dessus de la bifurcation de l'aorte abdominale. Il ne dépasse jamais la rénale, sauf dans un cas de Bristow, où il avait atteint le diaphragme, de sorte qu'on est en droit de se demander si la coagulation post-mortem n'a pas contribué à lui donner cette apparence de longueur. En bas, il se prolonge dans les iliaques, les fémorales et leurs dépendances, quelquefois jusqu'à la poplitée. On observe en outre diférentes lésions consécutives ou concomitantes, telles que, gangrènes, hémorrhagies sous-cutanées, embolies viscérales, pâleur ou congestions des reins, athérome artériel, lesions cardiaques, etc.

La maladie survient habituellement chez des personnes souffrant déjà depuis longtemps d'une affection chronique, plus rarement à la suite d'une affection aiguë. Elle appa-

rait *brusquement* sous forme d'une paraplégie complète et douloureuse. Les sphincters restent d'ordinaire intacts. Quelquefois les extrémités inférieures sont dans un état de raideur tétanique. Constamment, les réflexes sont abolis, peut-être même la réaction électrique (?) Toutes les formes de la sensibilité sont supprimées, le sens musculaire même.

Comme sensations subjectives, on peut noter un refroidissement qui a pour siège les extrémités paralysées, un engourdissement profond ou bien une absence de notion des membres inférieurs. Quelque temps après, apparaît un œdème considérable, des taches livides, des veinosités, tous les symptômes de la gangrène en un mot. En outre, un symptôme pathognomonique qui doit être recherché c'est l'absence de battements dans les artères tributaires. Quelquefois, il est possible de sentir un cordon qui remplace les artères accessibles à l'exploration.

Dans certains cas, Bristow observa (en rapport avec les perturbations circulatoires viscérales), des urines sanglantes, de la proctalgie, du ténesme, une diminution notable de la quantité d'urine qui contenait des leucocytes, de la rachialgie, de l'émission involontaire des matières fécales, le décubitus acutus, etc. Plus tard, il peut survenir de la fièvre, des symptômes de septicémie, etc.

Un phénomène curieux, rare chez l'homme, mais fréquent chez le cheval, est la claudication intermittente. Elle se montre chez l'animal de la façon suivante : après quelque temps de marche il s'arrête subitement, tombe et donne des signes évidents de douleur. Le train postérieur se trouve froid et contracturé. Une demi heure de repos suffit pour lui permettre de recommencer la course, après quoi les mêmes phénomènes se répètent. Schiff a pu reproduire cette claudication chez le chien en liant l'aorte abdominale. On a cité des cas de claudication unilatérale (oblitération de l'artère iliaque) chez l'homme. Parmi les observations de Frerichs, Erb, Charcot, Jean, relatives à la claudication, celle de Jean offre le type le plus complet.

La durée de la maladie dépend du mode de l'oblitération vasculaire : la mort arrive dans les 48 heures si l'obstruction est totale en peu de temps. Si, au contraire, l'oblitération du canal vasculaire n'est que partielle, ou bien si l'obstruction totale a mis un certain temps à se faire, la circulation collatérale peut se développer suffisamment pour conjurer en partie les accidents et permettre au malade de vivre plusieurs semaines et même plusieurs années ; alors un phénomène fréquent se produit, ce sont les variations subites des symptômes en bien ou en mal.

Il serait trop long et inutile à la fois de suivre l'auteur pas à pas dans la digression dans laquelle il entre pour élucider le mécanisme de la maladie et la pathogénie des symptômes. Nous pouvons résumer sa manière de voir de la façon suivante. Nicola Sténon, Stannius, Brown-Séquard, Schiffer et Weil observant les phénomènes qui résultent de la ligature de l'aorte chez les animaux, concluent différemment. Les premiers admettent comme cause de la paralysie, l'anémie des muscles : les deux derniers accusent l'anémie de la moelle. Vulpian, Erb, Leyden, Grasset se rallient à cette manière de voir.

L'auteur, peu disposé à admettre cette théorie, fait cependant une concession pour le cas où le caillot remonte jusqu'aux rénales, et obstrue de la sorte les artères lombaires qui irriguent le segment inférieur de la moelle. Se basant sur les expériences de Luigi Porta (70) de Pirogoff (2) sur ses expériences personnelles, ainsi que sur les faits anatomo-pathologiques, qui montrent le caillot souvent au-dessous des lombaires, il admet que c'est plutôt la suppression de la circulation intra-musculaire qui est en cause ici.

Pour réfuter la théorie medullaire, l'auteur lie chez le chien les artères lombaires sans toucher à l'aorte. Il en résulte une *parésie* avec douleurs dans les membres inférieurs, mais le même phénomène apparaît lorsqu'il produit le traumatisme nécessaire à la ligature sans la faire; d'où il conclut que dans la production de cette paraplégie on doit incriminer plutôt le traumatisme que la ligature des lombaires.

L'auteur essaie ensuite de donner l'explication pathogénique des symptômes : pour lui la paralysie musculaire, dans l'obstruction de l'aorte serait due à l'absence d'oxygène et à la présence de l'acide carbonique en excès dans ce tissu. L'absence des réflexes serait passible de la même explication. Il compare la rigidité musculaire, notée dans certains cas, à la rigidité cadavérique, survenant par suite de la coagulation de la myosine et non point de l'hyperexcitabilité musculaire.

L'absence de l'oxygène et des phénomènes d'assimilation et de désassimilation peuvent expliquer aussi l'anesthésie. La douleur serait causée par l'irritation des filets nerveux due à la présence des matières excrémentitielles dans les tissus, filets nerveux qui sont encore excitables par le fait d'une anémie incomplète ou d'une circulation collatérale qui s'établit.

L'abaissement de la température, l'œdème et la gangrène sont expliqués par la stase circulatoire, *résultant de l'absence de la vis à tergo*. L'irrigation défectueuse du muscle fait que celui-ci n'est capable que d'un petit travail, aussi la claudication intermittente survient aussitôt que le muscle est soumis à un travail peu en rapport avec sa nutrition insuffisante ; mais pendant la période paralytique, la réparation se fait en partie, d'où la possibilité pour le muscle de donner de nouveau un faible travail. Cette pathogénie (assez ancienne d'ailleurs) a été ingénieusement invoquée par M. le professeur Potain pour expliquer les accès douloureux de l'angine de poitrine.

Enfin, l'auteur explique la syncope (paralysie cardiaque) par l'élévation de la tension artérielle, créée par les conditions nouvelles. Le diagnostic de l'affection doit se baser sur deux phénomènes précoces qu'on ne rencontre jamais dans les maladies qui pourraient simuler l'oblitération de l'aorte, c'est l'abaissement de la température et la cessation des battements artériels.

Expectation et atténuation des symptômes par les moyens appropriés : tel est le traitement rationnel proposé par l'auteur. Deroyer a proposé de malaxer l'aorte dans l'espoir de fragmenter le caillot (!) pour le faire cheminer dans des artères moins importantes.

Ce travail sur l'oblitération de l'aorte est consciencieusement élaboré, surtout pour ce qui concerne la pathogénie; mais nous aurions préféré voir M. Cammareri s'étendre plus longuement sur les faits cliniques et anatomo-pathologiques, C'est ainsi qu'il aurait dû citer les rétrécissements dits spontanés de Schlesinger, qui ne sont en réalité que de vieilles oblitérations canalisées et les rétrécissements par embolie prenant leur naissance dans le poumon (cancer, etc.) rapportés par Vidal et Lanceraux.

Nous disons que l'anatomie pathologique a été un peu trop brièvement traitée ; en effet, la forme du caillot, ses adhérences, les altérations consécutives de la paroi aortique, et surtout les rapports du caillot obturateur avec les artères collatérales et terminales ne sont pas assez indiqués. En vertu de quelle loi se prolonge-t-il dans la voie centrifuge, alors que l'artère, par sa contractilité propre devrait chasser le sang vers le système veineux encore libre ? Ici il y a deux facteurs dont M. Cammareri ne parle pas. C'est d'abord l'affluence du sang vers les vaisseaux périphériques, soumis à une tension très élevée par le fait de l'oblitération de l'aorte abdominale, et la compression de la veine-cave elle-même et des veines iliaques primitives par les artères correspondantes devenues turgides et rigides. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les rapports des gros vaisseaux de l'abdomen pour se convaincre de ce fait. Donc, tension d'une part, difficulté de retour du sang veineux d'autre part; voilà quelles sont les *conditions de l'œdème* et la réplétion du système artériel en aval : *d'où formation des caillots dans la voie centrifuge*.

Nous nous rallions à sa manière de voir pour ce qui concerne l'anémie musculaire et nerveuse ; nous ajoutons en outre qu'un des organes les mieux irrigués de l'économie, c'est la moelle, et, en admettant même que le caillot obli-

térât les origines des lombaires, le rétablissement et la circulation pourrait se faire rapidement par les rameaux dorso-lombaires, cervicaux, les artères spinales fournies par la vertébrale, etc.

L'explication de l'anesthésie, des douleurs, etc., donnée par l'auteur, nous paraît également passible de plusieurs critiques.

Dans son mémoire, M. Cammareri note 4 fois le rétrécissement mitral sans y attacher aucune importance; or, il est démontré depuis les observations de Troisier, Andral, Turner, Tolédano, que le rétrécissement mitral est la lésion d'orifice par excellence qui produit des caillots stratifiés particulièrement dans l'oreillette. Ces caillots peuvent se détacher en masse et constituer, à un moment donné, un embolus assez gros pour s'arrêter sur l'éperon aortico iliaque.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de féliciter le Dr Cammareri d'avoir de nouveau étudié une question qui avait déjà été abordée avec grand talent par Barth (thèse 1837), et d'avoir considérablement élucidé ce point de la science, en groupant, avec la clarté habituelle aux Italiens, la plupart des faits connus, et tirant le meilleur parti des expériences instituées sur les animaux. CLADO.

De la névralgie du trijumeau et de son traitement par les pulvérisations de chlorure de méthyle; par le Dr A. PEYRONNET DE LAFONVIELLE. Thèse de Paris, 1886.

Après avoir rappelé combien est tenace cette affection dont il esquisse à grands traits la symptomatologie, l'auteur passe en revue les nombreux traitements préconisés contre elle. Il reconnaît que si, parmi eux, il en est d'absolument inefficaces; d'autres, au contraire, peuvent être considérés comme ayant une action curative réelle. Mais il fait remarquer que cette efficacité est loin d'être absolue et que lorsqu'elle se manifeste ce n'est pas d'une façon immédiate qu'elle amène le soulagement de la douleur. Il en est autrement des pulvérisations de chlorure de méthyle employées pour la première fois par M. Debove en 1884 contre la névralgie sciatique, et depuis cette époque par de nombreux médecins, et en particulier par M. Abadie, dans le traitement des névralgies du trijumeau. Entre les mains de ce dernier, ce traitement a donné presque constamment d'excellents résultats, amenant le soulagement immédiat de la douleur et la cessation des spasmes des muscles de la face.

Après avoir rapporté plusieurs observations recueillies à la clinique du Dr Abadie, et après avoir rappelé les expériences de Waller, Winternitz, Schultze, Ranvier, etc., sur la congélation des nerfs, le Dr Peyronnet de Lafonvielle en arrive à conclure que dans la névralgie du trijumeau, où il y a urgence de combattre la douleur, nul agent ne donne un résultat aussi immédiat que les pulvérisations de chlorure de méthyle. Sur la face, ces pulvérisations doivent être rapides et légères. La pigmentation cutanée qui se produit chez les personnes riches en pigment, disparaît dans l'espace de quelques jours. L'analgésie paraît être le résultat de la congélation des expansions terminales superficielles des nerfs.

Nouvelles notes d histologie; par BONEVAL. — Paris, Maloine et fils, éditeurs.

L'Histologie, comme toutes les sciences naturelles de cette époque, marche vite. Tous les dix ans, les traités classiques sont à modifier sur la plupart des points. Il est donc une période où ces livres sont en retard sur les idées générales courantes, où la masse des débutants apprend une science, tandis que les gens plus spécialisés en apprennent ou en professent une autre. Faire dans un livre très court, très manuel, à bon marché, pour les jeunes étudiants, cette mise au point exact, tel est le but que s'est proposé M. Boneval. Pour être court, il a su éliminer toutes les théories anciennes; pour être moderne, il a choisi les principales lignes de l'enseignement du professeur Ranvier et de ses élèves, et il a ainsi fait un livre qui pourra être utile aux débutants en précisant leurs idées, au milieu des discussions dont sont remplis les traités courants, et aux étudiants plus expérimentés en leur donnant d'ensemble les faits qu'ils étaient obligés d'aller chercher dans des mémoires spéciaux. Regrettons seulement que l'exécution matérielle des schémas laisse beaucoup à désirer dans ce livre.

VARIA

Projet de construction d'un réseau d'égouts à Poitiers et utilisation agricole de leurs produits.

L'exemple donné par Paris pour l'utilisation agricole de ses eaux d'égout commence à être suivi en province : Poitiers vient de mettre à l'étude, par suite de l'adduction prochaine de nouvelles eaux dans la ville, un projet tendant à la construction d'un réseau d'égouts dont elle était à peu près dépourvue. Comme conséquence, et pour éviter l'infection de la rivière du Clain, qui arrose la ville, le projet prévoit l'épandage des eaux fournies par ces égouts sur un terrain de 60 hectares environ, qu'elles fertiliseront tout en s'y épurant.

Nous avons à cette même place, il n'y a pas longtemps encore, essayé de résumer en ses points essentiels le rapport de M. Bourneville sur l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris dans les terrains domaniaux d'Achères. Ce que nous avons dit alors nous dispensera d'insister sur les avantages que les habitants de Poitiers retireront de l'exécution du projet; nous nous bornerons à analyser en peu de mots le rapport présenté sur ce sujet par l'inspecteur général de l'hydraulique agricole au ministre de l'agriculture.

Le projet comporte trois opérations distinctes : 1° L'alimentation de la ville en eau potable prise aux sources de Fleury, à 21 kilomètres de Poitiers; 2° la construction d'égouts destinés à assurer leur écoulement et celui des eaux pluviales ou autres de la ville; 3° l'adduction de toutes ces eaux sur un champ d'épuration.

Ceci paraît fort simple; mais au point de vue administratif, on ne saurait croire combien c'est compliqué, et le rapporteur, dont nous avons le travail sous les yeux, paraît quelque peu perplexe sur le point de savoir à quel ministre incombe telle ou telle partie du projet. Nous ne serions pas étonné que ce conflit d'attributions entre les divers ministères n'amenât des retards considérables dans l'exécution. Ainsi, le ministre de l'intérieur et son collègue des travaux publics ont seuls voix au chapitre pour les travaux d'adduction des eaux de source et l'alimentation de la ville, de même que pour la construction des égouts; mais comme le Clain, où doivent se déverser les eaux d'égout épurées, n'est ni navigable ni flottable, voici que ces deux ministres appellent à leur secours leur collègue de l'agriculture, qui a seul qualité pour trancher les questions touchant à cette catégorie de cours d'eau. Il y a mieux : le champ d'épuration, à lui seul, intéresse les trois ministres : le ministre de l'intérieur, comme tuteur de la commune et du département, ayant droit de veiller aux travaux qui s'y exécutent; le ministre du commerce, comme chargé des questions de salubrité; le ministre des travaux publics, comme seul compétent dans les questions ayant trait à l'installation d'un champ d'épuration et aux dispositions à prendre pour son exploitation. C'est là, du moins, l'avis du rapporteur. Mais le Conseil général des ponts et chaussées estime, contrairement à l'inspecteur général de l'hydraulique agricole, que ce dernier ministre n'a rien à voir à ce qui touche au champ d'épuration. Tant mieux si ce corps savant a raison : deux ministères mis en branle pour un seul petit champ d'épuration, c'est déjà bien assez!

Nous n'avons pas à parler ici de l'adduction des sources de Fleury dans la ville, qui est une question purement technique. Quant à la construction des égouts qu'on a en vue, nous nous contenterons d'en faire ressortir l'utilité au point de vue de la salubrité. Actuellement Poitiers ne possède qu'un nombre restreint de galeries souterraines; la majeure partie des eaux domestiques et même pluviales « est recueillie soit dans des fosses imperméables d'où elles sont extraites à grands frais, soit surtout dans des puisards ou puits perdus d'où elles s'échappent par les fissures du sol. » Nous avons dit les grands in-

convénients que présente cet état de choses ; la présence prochaine d'un nouveau volume d'eaux dans la ville vient plaider encore pour l'établissement du réseau d'égouts, prévu par le projet, où le *tout à l'égout* est, à juste titre, admis en principe.

Par raison d'économie, le projet propose de munir l'égout collecteur qui longe le Clain, d'un certain nombre de *déversoirs de superficie* destinés à projeter directement dans la rivière l'excédent des eaux provenant des orages extraordinaires. Mais le Conseil général des ponts et chaussées, se basant sur la loi du 16 septembre 1807 qui spécifie que les eaux d'égout ne peuvent être jetées en rivière *qu'après épuration*, s'oppose à ce déversement qui aurait eu outre, suivant lui, l'inconvénient de détruire le poisson. Le rapporteur donne des raisons, selon nous excellentes, pour maintenir quand même ces déversoirs : il fait observer que les grandes pluies d'orage viendront se mêler, par ces déversoirs, au grand volume de la crue de la rivière, et que dans ces conditions il n'y a pas de danger pour la salubrité. Quant à la loi, qui doit certainement être obéie, on peut dire que grâce au grand volume des eaux en temps de fort orage, ce n'est plus, à proprement parler, à des eaux d'égout qu'on a affaire. En les déversant, d'ailleurs, en dehors de la ville, comme il est proposé dans le projet, il ne subsiste plus aucune espèce de danger.

Le rapporteur ne dit rien de la raison de « conservation du poisson » invoquée par le Conseil général des ponts et chaussées. Nous sommes convaincu, quant à nous, que le poisson, après le déversement, ne s'en portera pas plus mal, étant donnée la grande dilution des matières nuisibles Les personnes qui ont visité la ville de Tulle peuvent, en effet, se rappeler le nombre extraordinaire de beaux poissons qui se prélassent dans la Corrèze, *à l'embouchure même* des égouts de la ville, sans en paraître nullement incommodés ; il n'y a que ceux qui s'engagent dans les égouts mêmes, qui paient de leur vie leur témérité ; et encore est-il bon d'ajouter que ces égouts ne charrient que des matières extrêmement peu diluées, et par suite beaucoup plus dangereuses que les eaux qui seraient projetées dans le Clain par les déversoirs.

L'adduction des eaux sur le champ d'épuration se fera, comme à Clichy pour l'irrigation des champs de Gennevilliers, au moyen d'une machine élévatoire installée à l'extrémité de l'égout collecteur, près du pont de l'Essart. Une partie notable du champ d'épuration n'est qu'à un mètre au-dessus du niveau du Clain, de sorte que le filtrage des eaux au travers du sol ne se fera, dans cette partie, que sur cette hauteur d'un mètre. A Gennevilliers, la couche filtrante a une hauteur de deux mètres ; aussi le Conseil général des ponts et chaussées propose-t-il d'obtenir cette hauteur en nivelant le champ d'épuration, dont certaines parties sont à une cote beaucoup plus élevée. Sur ce point, le rapporteur estime, avec raison selon nous, que ce nivellement pourra n'être fait qu'après expérience, quand on se sera assuré que les eaux filtrées au travers du sol ne sont pas suffisamment épurées. La hauteur de sol nécessaire pour l'épuration n'est pas constante ; elle varie avec la nature des terrains, et il peut très bien se faire que, tel qu'il est actuellement, le champ suffise à une épuration complète. D'ailleurs sa superficie de 60 hectares, à la dose de 50,000 mètres cubes d'eaux d'égout par hectare et par an comme elle est usitée à Gennevilliers, serait susceptible de recevoir un tiers en plus des eaux qui y seront réellement déversées.

Enfin le champ d'épuration est situé à 3 kilomètres des dernières maisons de Poitiers. C'est dire qu'il y a là de quoi rassurer les habitants de la ville, s'il en existait d'assez timorés pour craindre les émanations du champ d'épuration, après l'expérience depuis longtemps concluante des irrigations de Gennevilliers, qui touchent aux maisons d'Asnières et qui ne sont qu'à deux kilomètres des fortifications de Paris.

Nous ne pouvons, en terminant, que souhaiter, pour les habitants de Poitiers, la prompte exécution du projet que nous venons d'analyser et dont ils ne doivent, selon nous, retirer que des avantages. A. Pujol, *ingénieur.*

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

17 juillet 1557. — *Plaintes sur le traitement des malades* : Ledict jour sur ce qui a esté dit que audict Hostel Dieu se comettent nombre d'abus et malversations relativement au traitement des pauvres malades dudict Hostel Dieu en diverses choses par les relligieulx, relligieuses et serviteurs domestiques dudit Hostel Dieu et après qu'il eut esté dit par ladite compagnie toutes ces remontrances avoient été feites par plusieurs fois à messieurs du Chapitre de Paris, il leur avoit baillé ung extrait des statuts dudict Hostel Dieu, des arrets concernant le règlement des religieux et religieuses et comment ils se doibvent gouverner en leur charge. Voir la suite dans Brièle. (*Reg.* 5, p. 354).

13 avril 1559. — *Religieux de l'Hostel Dieu constitué prisonnier par le Chapitre de Notre-Dame pour malversations et séditions* : Cejourd'hui messieurs Maillard et Lecoq chapelains en l'église de Paris ont remonstré qu'ils avoient fait constituer prisonnier frère Pierre Bernard relligieux dudict Hostel Dieu pour malversations et séditions qu'il a faictz audict Hostel Dieu le jour des Inocens dernier. (*Registres* t. 35, p. 32).

25 octobre 1559. — *Plaintes contre les religieuses qui maltraitent les malades* : Cejourd'huy messieurs Coquet, Lemaçon et Marcel ont esté deleguez par la Compaignie pour remonstrer à messieurs du Chappitre de Paris, gouverneurs du Spirituel dudit Hostel Dieu, les grandes plainctes et clameurs que font les habitants de ceste ville, qui dient avoir veu le mauvais traictement que font les relligieuses, Prieure et soubz Prieure dudit Hostel Dieu, aux pauvres malades y affluans, tellement que, à raison de ce, plusieurs mallades ne veulent aler audit Hostel Dieu qui est ung grand scandale, combien que lesdits gouverneurs du Temporel dudit Hostel Dieu baillent et distribuent auxdites Prieures soubz prieure et relligieuses, toutes choses nécessaires auxdits pauvres malades, comme vivres, drogues, médicamens, linges, coutilz, couvertures, draps et autres nécessitez ; à ces causes, les dessus ditz déléguez ont prié et requis lesdits du Chappitre d'y vouloir advisér et pourveoir, attendu qu'ilz ont la superintendance et correction regulière sur les relligieux et relligieuses dudit Hostel Dieu, autrement et à faulte de ce faire, leur ont lesdits déléguez déclairé qu'ils en advertiront messieurs les Gens du Roy et messieurs de la Court du Parlement, pour y donner tel ordre qu'ilz adviseront estre à faire par raison. (*Reg.* 3, p. 11 et 12 (1).

12 septembre 1586. — *Plaintes par la Religieuse de la Poullerie contre les autres sœurs* : Cedict jour sur la plaincte faicte par sœur Jehanne Nourryer, poullière dudict Hostel Dieu des tortz qu'elle dict luy estre faictz par aulcunes des autres relligieuses dudict Hostel Dieu, la Compagnie a donné charge audict gresfier de porter la requeste de ladite Nourryer à ceulx de messieurs du Chapitre qui ont la correction sur les dictes relligieuses. (*Reg.* 7, p. 102).

26 juillet 1594. — *Interdiction d une Religieuse.* — Cedict jour a esté enjoinct au maitre et à la Prieure dudict Hostel Dieu, par trois diverses fois de donner aucune charge ni office à faire à Marguerite Dupin relligieuse audit Hostel Dieu, de lui faire desfenses de ne point s'immiscer en l'advenir aux affaires de l'Hostel Dieu. — Cedict jour a esté enjoinct au trésorier général dudict Hostel Dieu de bailler aucun argent à ladite Dupin.

22 septembre 1642. — *Règlement pour les entrées et sorties des Religieuses.* — Cedict jour sur ce que la Compagnie a esté advertie que Marie Lamouche et Marie Chapelle, religieuses dudit Hostel Dieu estoient sorties dudit Hostel Dieu sans que le bureau en ayt esté adverty. Elle a mandé la mère Prieure à laquelle elle auroit fait entendre qu'elle trouvait fort mauvois de n'avoir point adverty ledit bureau de ladite sortie desdites religieuses à ce que dores en avant il ne sorte ny entre aulcune religieuse audit Hostel Dieu sans au préalable en donner advis au Bureau. (*Reg.* 18, p. 258).

Institut Pasteur.

Une souscription a été ouverte en *Alsace* pour contribuer à la fondation de l'institut Pasteur ; la première liste, patronnée par les hommes les plus éminents du parti français, a produit plus de 2,000 francs. Des concerts vont être organisés à Strasbourg et le produit sera ajouté aux souscriptions particulières.

Le Conseil municipal de la ville de *Paris* a discuté vendredi 18 mars un rapport présenté par M. Strauss sur une proposition relative à la fondation d'un établissement vaccinal contre la rage (méthode Pasteur). Après un très long débat, le conseil a voté la proposition suivante : La commission compétente est chargée de se mettre en rapport avec M. Pasteur et la commission de l'Académie des sciences pour étudier la part que la ville de Paris doit prendre à la création d'un établissement vaccinal.

La souscription pour cet institut a atteint aujourd'hui le chiffre de 407,095 fr. 10. (*Journal officiel.*)

Le roi de *Portugal* vient de conférer à M. Pasteur le grand cordon de Saint-Jacques.

(1) Extrait de Briele. Tome 1, page 5.

Dans sa dernière séance, le *Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine*, après avoir reconnu l'utilité de l'Institut Pasteur et rendu hommage à l'illustre savant, a souscrit une somme de 1,360 fr. M. Pasteur, qui était présent, a remercié ses collègues de l'intérêt qu'ils portent à la création de cet établissement et a ajouté que le Conseil se trouverait ainsi associé à une œuvre qui deviendra peut-être autre chose qu'un Institut Vaccinal de la rage, et qui pourra former un centre d'études pour les maladies virulentes et infectieuses.

Le *Conseil municipal de Périgueux* a voté une somme de 1,000 fr. pour la fondation de l'Institut Pasteur.

Le conseil municipal de *Suresnes* a voté 100 fr. pour l'Institut Pasteur et a décidé de donner à une rue nouvelle le nom de l'illustre savant.

M. Pasteur a adressé une lettre de remerciements au journal la *Perseveranza*, qui a ouvert une souscription à Milan pour un hôpital antirabique. Il sera heureux de réserver des places aux savants étrangers désireux de compléter leurs études.

Deux étudiants en médecine ont demandé à subir l'inoculation préventive de la rage pour étudier sur eux-mêmes les effets de la méthode pastorienne. On a cru d'abord devoir demander l'avis des professeurs de la Faculté.

Des dix-neuf Russes venus de Smolensk à Paris, pour suivre le traitement de M. Pasteur, et dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, un a succombé lundi dernier à l'Hôtel-Dieu. Ce moujick avait été cruellement mordu à la face et aux mains, et n'avait reçu que huit inoculations lorsque la rage s'est déclarée. Ses autres compagnons continuent à bien se porter.

Faculté des sciences de Paris.

Cours du second semestre de l'année 1885-86. — Ils s'ouvriront le mardi 16 mars 1886, à la Sorbonne.

COURS THÉORIQUES. — *Algèbre supérieure* : Les lundis et jeudis, à huit heures et demie. M. HERMITTE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 18 mars. Il exposera les principes généraux concernant les intégrales définies et la théorie des fonctions d'une variable. — *Calcul différentiel et calcul intégral* : Les mercredis et samedis, à dix heures un quart. M. PICARD, chargé du cours, continuera ce cours le mercredi 17 mars. Il terminera l'étude élémentaire des intégrales définies et traitera des équations différentielles. — *Mécanique rationnelle* : Les mercredis et vendredis, à huit heures et demie. M. APPELL, professeur, continuera ce cours le mercredi 17 mars. Il traitera en particulier de la dynamique des systèmes. — *Astronomie* : Les mardis et samedis, à huit heures et demie. M. OSSIAN-BONNET, professeur, ouvrira ce cours le mardi 16 mars. Il développera l'ensemble des matières comprises dans le programme de la Licence. — *Calcul des probabilités et physique mathématique* : Les lundis et jeudis, à dix heures et demie. M. LIPPMANN, professeur, continuera ce cours le jeudi 8 mars. Il traitera de la capillarité et de la théorie électromagnétique de la Lumière. — *Mécanique physique et expérimentale* : Les mardis, à dix heures et demie, et les vendredis, à dix heures un quart. M. POINCARÉ, chargé du cours, continuera ce cours le mardi 16 mars. Il achèvera l'étude du Potentiel et traitera ensuite de la mécanique des fluides. — *Physique* : Les mardis et samedis, à deux heures. M. N..., ouvrira ce cours le mardi 16 mars. Il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'Acoustique et de l'Optique. — *Chimie organique* : Les mercredis, à une heure et demie, et les vendredis, à dix heures et demie. M. FRIEDEL, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 17 mars. Il traitera des fonctions et étudiera surtout la série aromatique. — *Minéralogie* : Les lundis et jeudis, à trois heures. M. HAUTEFEUILLE, professeur, ouvrira ce cours le jeudi 18 mars. Il étudiera les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. DE LACAZE-DUTHIERS, professeur, ouvrira ce cours le samedi 20 mars. Il traitera des fonctions et des organes de la nutrition dans la série animale. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de licence et de l'Agrégation des Sciences naturelles. — *Botanique* : Les mercredis et vendredis, à midi et demi. M. DUCHARTRE, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 17 mars. Il exposera les principes des classifications en botanique, particulièrement de la méthode naturelle. Il s'occupera ensuite de l'examen des principales familles de plantes — *Géologie* : Les mercredis et vendredis, à trois heures et demie. M. HÉBERT, professeur, ouvrira ce cours le vendredi 19 mars. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

COURS ANNEXE. *Physique céleste* : Les lundis et jeudis, à une heure. M. WOLF, professeur adjoint, ouvrira ce cours le jeudi 18 mars. Il traitera des corps du système planétaire et des hypothèses cosmogoniques.

CONFÉRENCES : Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au Secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée. — *Sciences mathématiques* : M. RAFFY, Maître de conférences, fera des conférences sur le *Calcul différentiel et le Calcul intégral*, les mercredis et samedis, à 3 heures (Salle du rez-de-chaussée, Escalier n 2). — Les Conférences d'Agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 4 heures 1/2 (Amphithéâtre de Mathématiques). — M. P. PUISEUX, Maître de Conférences, fera des Conférences sur la *Mécanique* les lundis et vendredis, à 3 heures (Salle du rez-de-chaussée, Escalier n° 2). — *Sciences physiques* : M. MOUTON, Maître de Conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de Physique.—M. PELLAT, Maître de Conférences, donnera des Développements sur diverses questions de *Physique* traitées au Cours ou indiquées par MM. les Professeurs de Physique ; ces Conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de Physique. Les Conférences d'Agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (Amphithéâtre de Physique). — M. JANNETTAZ, Maître de Conférences, fera des Conférences sur la *Minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le laboratoire de minéralogie. — M. JOLY, Maître de Conférences, fera, les lundis, à 8 heures (Amphithéâtre de Physique), et les samedis, à 10 h. 1/2 (Salle du rez-de-chaussée, Escalier n° 2), des Conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs TROOST et DEBRAY. Les Conférences d'Agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. — M. SALET, Maître de Conférences, continuera à traiter de la *Chimie organique*, les mardis et samedis, à 3 heures et demie, dans la salle des Conférences. — Il commencera au 1er mai l'étude de la *Spectroscopie* et de la *Photochimie*, dans son laboratoire. — M. RIBAN, Maître de Conférences, Directeur adjoint du laboratoire de Chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. Les manipulations pour la Licence, les lundis, mercredis jeudis et vendredis, à 9 heures. Manipulations de chimie, le mercredi, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'Agrégation ; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — *Sciences naturelles* : M. J CHATIN, Maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à 10 heures 1/4, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, des Conférences sur les *Organes et Fonctions de Relation*, sujet indiqué par M. le professeur DE LACAZE-DUTHIERS. — M JOLIET, Maître de Conférences ; M. PRUVOT, suppl[illegible]t, fera, les mardis, au laboratoire de Zoologie, à midi, et les sa[illegible] au laboratoire de Zoologie, à 11 heures et demie, des Confé[illegible]s sur les sujets indiqués par M. le professeur YVES DELAGE. — M. VELAIN, Maître de Conférences, fera, les lundis et jeudis, à 9 heures, des Conférences sur les diverses parties de la *Géologie*. Les élèves seront exercés, au laboratoire de Géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures, à 11 heures et demie.— M. VESQUE, Maître de Conférences, surveillera, les lundis et les jeudis, à midi, des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur DUCHARTRE. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 29. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Vulpian, Hayem, Straus. — 2e d'*Officier de santé* : MM. Guéniot, Le Dentu, Rendu. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

MARDI 30. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Richelot, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Hardy, Peter, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Grancher, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Delens. Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Berger, Charpentier ; — 2e partie (Charité), 1re *Série* : MM. Ball, Jaccoud, Troisier ; — 2e partie, 2e *Série* : MM. Cornil, Proust, Raymond.

MERCREDI 31. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Regnault, Gauthier, Blanchard. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Potain, Fournier, Landouzy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Terrier, Nicaise, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Guéniot, Le Rendu, Segond.

JEUDI 1er — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Mathias-Duval, Delens, Troisier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Richelot, Peyrot ; — 2e partie : MM. Jaccoud, Bouchard, Hallopeau.

VENDREDI 2. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Terrier,

Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Vulpian, Hayem, Pouchet. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Guéniot, Kirmisson ; — 2e partie : MM. Fournier, Damaschino, A. Robin.

SAMEDI 3. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Cornil, Delens, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Berger, Richelot, Charpentier ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Brouardel, Ball, Hanot ; — 2e partie, 2e *Série* : MM. Peter, Grancher, Raymond.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 1er. — M. Tourneux. De l'érysipèle catamênial. — M. Gandon. Contribution à l'étude de la rétraction des antagonistes dans les paralysies oculaires et de son traitement chirurgical. — *Samedi* 3. — M. Lernon. Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales. — M. Bigo. Avantages du crin de Florence ou silk-wormgut des anglais, comme fil de suture. — M. Debrigode. Etude sur un cas d'épanchement sanguin traumatique de l'abdomen. — Pardo de Tavera. Contribution à l'étude de la péri-arthrite du genou (affection de la bourse séreuse de la patte d'oie).

FORMULES

II. Un nouveau médicament hypnotique : L'Uréthane.

On peut formuler ainsi ce médicament.

1° Potion ; à prendre dans la journée :

a) Potion de M. Huchard :

Eau distillée de tilleul. . , ...	40 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	20 grammes.
Carbamate d'Ethyle ou Uréthane	3 à 4 grammes.

b) Potion de M. Vigier :

Eau.	120 grammes.
Sirop de menthe ou d'éther. . . .	30 grammes.
Uréthane	4 grammes.

2° Solution :

Eau distillée.	100 grammes.
Carbamate d'Ethyle.	20 grammes.

Une cuillerée à café contient 1 gramme d'uréthane; une cuillerée à soupe en contient 4 grammes. Dose : 3 ou 4 cuillerées à café par jour dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger. (*Concours médical*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 mars 1886 au samedi 21 mars 1386, les naissances ont été au nombre de 1261 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 461; illégitimes, 181. Total, 642. — *Sexe féminin* : légitimes, 456; illégitimes, 163. Total, 619

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 mars 1886 au samedi 21 mars 1886, les décès ont été au nombre de 1469, savoir : 771 hommes et 698 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4. F. 7. T. 11. Variole : M. 4. F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 15, F. 14, T. 29. — Scarlatine : M. 7. F. 5 T. 12. Coqueluche : M. 6, F. 7. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 32 F. 25, T. 57. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 1 T. 4. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 15 F. 25, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 152, F. 82. T. 234. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 19. T. 36. — Autres affections générales : M. 39, F. 41 T. 80. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 45, T. 68 — Bronchite aiguë: M. 28 F. 32. T. 60 — Pneumonie : M. 110, F. 126, T. 236. — Athrepsie : M. 43, F. 24 T 67. — Autres maladies des divers appareils : M. 239 F. 218, T. 457. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F 10. T. 30. — Causes non classées M. 14, F. 9, T 23.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 105 qui se décompesent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45; illégitimes, 12 Total : 57 — *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 18. Total : 48.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Les épreuves orales (épreuve de 3/4 d'heure après 3 heures de préparation) continuent. Vendredi : *Plaies de la paume de la main*, MM. Vautrin et Truc ; — Samedi : *Tuberculose de l'appareil génital chez l'homme*, MM. Jalaguier et Picqué ; — Lundi : *Luxations traumatiques des vertèbres du cou*, MM. Nélaton et Brun ; — Mardi : *Hématocèle de la tunique vaginale* : MM. Castex et Forgue ; — Mercredi : *Kystes synoviaux du poignet*, MM. Bazy et Dénucé ; — Jeudi : *Exostoses orbitaires et faciales*, MM. De La Personne et Pousson.

CONCOURS DE PROSECTORAT. — Le jury de ce concours est composé de MM. les professeurs Sappey et Béclard, juges de droit ; de MM. les professeurs Mathias Duval, Trélat et Lefort, désignés par le sort, et de M. le Pr Duplay, juge suppléant. Le concours commencera lundi 29 mars, à midi et demi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — (3e Trimestre de l'année scolaire 1885-86). *Inscriptions*. Le registre des inscriptions sera ouvert le jeudi 1er avril. Il sera clos le samedi 17 avril, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de Doctorat et de première année d'Officiat, les jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 avril. — 2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de Doctorat, de deuxième, de troisième et de quatrième année d'Officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16 et samedi 17 avril. — MM. les Etudiants de 4e année qui n'ont pas encore pris part aux Travaux pratiques d'Anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les Etudiants de 1re année qui n'ont pas encore pris part aux Travaux pratiques de Physique. MM. les Etudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de Doctorat, et de 2e, 3e et 4e années d'Officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 12 avril. *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* MM. les Etudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1885-86. — Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — M. TARNIER a commencé le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le mercredi 24 mars 1886, à midi (Grand Amphithéâtre), il le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. PROUST fera sa leçon d'ouverture samedi 27 mars, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. BOUCHARD commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 30 mars 1886, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire d'anatomie pathologique. — M. HANOT, agrégé, commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique le mardi 30 mars 1886, à 4 heures de l'après-midi (Amphithéâtre de l'ancien collège Rollin), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Pathologie interne. — M. DAMASCHINO commencera son cours de pathologie interne (*scléroses de la moelle*) le mardi 30 mars, à 3 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

FACULTÉ DES SCIENCES. — *Excursion géologique*. Le dimanche 28 mars aura lieu une excursion géologique à Meudon et Issy, sous la direction de M. Munier-Chalmas, directeur adjoint de laboratoire de géologie. Départ à 7 heures 50, gare Montparnasse.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. OECHSNER DE CONINCK, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. FABRY, docteur ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé en la même qualité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, à la Faculté des sciences de Nancy.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. GUICHARD, docteur ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé en la même qualité, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, à la Faculté des sciences de Rennes.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ETUDES. — M. HERMANN FOL est nommé directeur adjoint du laboratoire de zoologie marine

établi à Villefranche (3e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette nomination, qui ne pourra que profiter à notre pays.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — M. BOURIENNE, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours s'ouvrira le 1er octobre 1886 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira, le 1er octobre 1886, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. ASTAIX, professeur de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur honoraire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — Un congé, pour raisons de santé, est accordé, sur sa demande, à M. Pirondi, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886. — M. MARCORELLES, suppléant à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Pirondi, d'un cours complémentaire de pathologie externe à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Les membres du jury des concours qui sont commencés depuis le 25 mars dernier devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de chimie et physique et un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Nantes sont : Jurés titulaires : MM. Chatin, Leroux, Moissan, de Paris ; Andouard et Bureau, de Nantes ; juges suppléants : MM. Bouis et Beauregard, de Paris. Composition écrite de zoologie : *Hirudinées : Anat. et classification.*

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse. — M. LAULANIÉ, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, est chargé d'un cours de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville, pendant la durée du congé accordé à M. Toussaint — M. ANDRÉ, chef de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, à titre gratuit, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire d'anatomie pathologique à ladite Ecole. — M. ROULE, maître de conférences à la Faculté des sciences de Toulouse, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

EXPOSITION PHARMACEUTIQUE. — Une exposition pharmaceutique s'ouvrira à Gênes en 1888.

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours pour trois places de pharmaciens des hôpitaux de Paris aura lieu le 1er mai de cette année.

HOPITAUX DE NANTES. — Un concours pour six places d'externes en pharmacie sera ouvert le 10 mai 1886 à l'Hôtel-Dieu de Nantes. S'adresser pour tous renseignements au secrétariat général des hospices. Indemnité variable de 800 à 1,000 fr.; nomination de trois ans ; l'élève de garde seul est nourri.— C'est la première fois que ce concours a lieu à Nantes ; antérieurement il n'y avait point d'internes en pharmacie; le service jusqu'à ce jour avait été fait par des sœurs. C'est une heureuse innovation.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ETIENNE. — L'Administration des Hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que le lundi 7 juin 1886 un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1,500 fr. par an. La durée des fonctions est fixée à 20 ans. S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des Hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, 49.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 29 mars, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. Ordre du jour : 1° Traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique présentation de malades : M. Auguste VOISIN. 2° Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (*suite*) : M. BOUCHEREAU. 3° Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort regrettable du Dr MARCEL, qui vient de succomber à Paris à une pneumonie, quinze jours après avoir passé sa thèse. — M. le Dr TRIBOULET, médecin de l'hôpital Trousseau, chevalier de la Légion d'honneur, est mort subitement le 21 mars; les funérailles ont eu lieu le 24. Né à Tremblay (Seine-et-Oise) le 14 décembre 1824, il fut nommé le premier à l'internat en 1848, la même année que MM. Potain, Charcot, Vulpian, Trélat, Axenfeld. Il soutint en 1853 sa thèse sur : « *La valeur séméiologique du pouls, jugée autant que possible d'après la raison physiologique.* » — M. Hubert BORDET, chef des bureaux à l'Académie de médecine. — M le professeur LALLEMAND, de la Faculté des Sciences de Poitiers. — M. le Dr CHAUVEAU, de Courtalain (Eure-et-Loire). — M. le Dr J. CAWOOD WORDSWOTH, médecin-consultant à l'hôpital ophthalmologique de Londres. — M. le Dr BALLET, médecin de l'état civil du IVe arrondissement, médecin de l'octroi, chevalier de la Légion d'honneur ; il passa sa thèse en 1863 après avoir exercé longtemps comme officier de santé. — M. André BERTHELON, interne des hôpitaux de Lyon. — M. le Dr S. POP, médecin interne à l'hôpital général de Vienne. — M. le Dr GILBERTO FERRETI, directeur du Bureau municipal d'hygiène de Venise.—M. ROCHARD,—M. Ed FOURNIÉ, médecin de l'Institut national des Sourds-Muets, décédé il y a trois jours; il débuta dans le corps des officiers de santé de la marine, puis se fixa à Paris. Il travailla longtemps dans le laboratoire de M. Béclard, à la Faculté, et se livra à de nombreuses recherches de physiologie, surtout en ce qui concerne la laryngologie, la phonation, le système nerveux. Il a publié un certain nombre d'ouvrages dont les plus connus sont : *Physiologie de la voix et de la parole ; Physiologie du système nerveux cérébro-spinal ; Application des sciences à la médecine; Essai de psychologie, la Bête et l'Homme ; Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, etc. Il était rédacteur en chef de la *Revue médicale française et étrangère.* — M. le Dr DEZWARTE, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Dunkerque, membre du conseil municipal de cette ville.—M. le Dr LÉON (d'Aix).—M le Dr Jules HACHERELLE (Montmédy), chevalier de la Légion d'honneur en raison des services rendus pendant le siège de cette ville en 1870. — M. le Dr OKINCZYE, de Villepreux, mort à 46 ans. — M. LECLERC, ancien libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine. — M. le Dr CORDIER (de Saint-Quentin), ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Saint-Quentin, chevalier de la Légion d'honneur, mort à 66 ans; il laisse la presque totalité de sa fortune aux hospices de Saint-Quentin pour la fondation d'un orphelinat : c'est là un excellent exemple.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ANNUAIRE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES.

— septième année, 1886. Volume in-12 de 468 pages. Paris, 1886. — Librairie Georges Carré.

BARBILLION (L.). — Histoire de la médecine. Volume in-12 de 140 pages. Paris, 1886. A. Dupret.

BITOT. — Protubérance annulaire ; premier moteur du mécanisme cérébral ; foyer ou centre des facultés supérieures. Brochure in-8 de 55 pages. Bordeaux, 1885. — A. Bellier et Cie.

BONNEVAL (R.). — Nouvelles notes d'histologie normale à l'usage des étudiants en médecine. Volume in-8 de 175 pages et figures dans le texte. Paris, 1886. — A. Maloine.

BOUDET (de Paris.)— Sur les applications médicales de l'électricité. Brochure in-4° de 19 pages. Paris, 1885. Gauthier Villars.

CARAVIAS (A.). — Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique. Brochure in-8 de 79 pages. Paris, 1885. — Ollier-Henry.

CARMONA Y VALLE (M.). — Leçons sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune, augmentées de plusieurs notes sur des faits observés postérieurement, et d'une préface faite par le Dr Liceaga. Volume in-8 de 299 pages, avec 6 planches photographiques et 2 planches en chromo-lithographie. Mexico, 1885. Ministère des travaux publics.

COMMENGE (Rapport du Dr) sur le service médical des bureaux de bienfaisance et le service médical de nuit, au nom de la commission nommée par la Société médicale des bureaux de bienfaisance dans sa séance du 14 octobre. Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1885. — Imp. F. Levé.

CRETIN (A.). — Organisation de l'Assistance hospitalière libre et libérale. Brochure in-8 de 63 pages. — Paris, 1886. — Librairie Garnier frères.

DELIGNY (L.). — De la prophylaxie et du traitement de la phtisie pulmonaire par les climats d'altitude. Brochure in-8 de 31 pages. — Vichy, 1884. — Imp. Wallon.

DRANSART (H. N.). — Théorie circulatoire de la myopie. Guérison de la myopie progressive par une nouvelle methode de traitement déduite de la théorie circulatoire. Hygiène de la myopie. Brochure in-8 de 12 pages. — Lille, 1885. — Imp. Verly, Dubar et Cie.

DUBREUIL et GRASSET. — Inconvénients du nouveau régime d'études institué par le Décret du 20 juin 1878. — Rapport présenté à la Faculté de médecine de Montpellier. Brochure in-8 de 9 pages. — Montpellier. — M. le Dr Grasset.

FAUVEL (R.-M.). De l'inflammation chronique et des fistules de la glande vulvo-vaginale. Brochure in-8 de 50 pages. — Havre, 1886. — Imp. du *Journal le Havre*.

FRAIPONT. — Du traitement palliatif du cancer utérin, par le raclage. Brochure in-8 de 17 pages. — Liège, 1886. — *Annales de la Société médico-chirurgicale.*

LADAME (P.). — Notice historique sur l'électrothérapie à son origine. L'électricité médicale à Genève au XVIIIe siècle. Brochure in-8 de 71 pages. — Genève, 1885. — Imp. Charles Schuchardt.

MALIBRAN (Ch.). — Contribution à l'étude des ectasies gastriques. Distension et dilatation de l'estomac considérées plus spécialement au point de vue du diagnostic et de la pathogénie. Brochure in-8 de 142 pages. — Paris, 1885. — Librairie Ollier-Henry.

MEYER (E.). Criminels et malades. Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1886, — E. Thorin.

SAUVINET (E.). — Le lycée pour tous. — Reforme universitaire au point de vue démocratique et social. Brochure in-8 de 8 pages. — Paris, 1885. — Alph. Derenne.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

CARRIÈRE (C. de la).— De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier age. Brochure in-8 de 73 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

MONVENOUX. Les matières grasses dans l'urine. 2 volumes in-8 formant ensemble de 1121 pages, avec 11 planches hors texte.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

AUFFRET (Ch.).— Memoire sur les occlusions intestinales. Brochure in-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr.

BARDET (G.).— Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique. Brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 c.

CHEVALIER (J.)— De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal. Brochure in-8 de 169 pages. — Prix : 4 fr.

COUTANCE (A.),— Les théories de la vie jugée dans l'œuf. Brochure in-8 de 105 pages. — Prix : 3 fr.

DUBOUSQUET-LABORDERIE.—Exposé de la constitution médicale actuelle de la commune de Saint-Ouen-sur-Seine. Brochure in-8 de 8 pages.

FERRAS.— Traitement de la laryngite chronique arthritique aux Thermes de Luchon. Brochure in-8 de 48 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 fr.

FERRAS.— Luchon dans le traitement de la syphilis. Brochure in-8 de 31 pages.

JOBERT. (L.).— Les gauchers comparés aux droitiers aux points de vue anthropologique et médico-légal. Brochure in 8 de 68 pages. — Prix : 2 fr. 50

MOURSOU (J.).—De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds. Volume in-8 de 311 pages. — Prix : 6 fr.

REDARD (P.). — De la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées. Rapport présenté à l'Administration des chemins de fer de l'Etat. Volume in-8 de 155 pages.

REDARD (P).— Transport par chemins de fer des blessés et des malades militaires. Rapport présenté à l'Administration des chemins de fer de l'Etat. Volume in-8 de 171 pages. — Prix : 3 fr.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière — Clinique des maladies nerveuses : M. le professeur CHARCOT, lundi et mardi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hospice de Bicêtre. — Maladies mentales : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

HOPITAL TENON.— *Médecine.* M. STRAUS. Visite à 8 h. 1/2; Consultation le lundi. Spéculum le vendredi. — Salle Andral (H.) : 3, cancer du foie; 9, ulcère rond; 10, coliques hépatiques, 12, cancer de l'estomac ; 14, chancre phagédénique; 16, abcès du poumon ; 19, délire urémique ; 26, rétrécissement mitral. — Salle Claude-Bernard (F.) : 2, sclérose en plaques, 3, cancer du foie; 9, myélite transverse, dégénération secondaire ; 10, asthme infantile ; 11, cancer de l'épiploon ; 15, scarlatine. — Salle Béhier (F.) : 2, cancer du foie ; 4, pneumonie; 6, hystéro-épilepsie; 8, pneumonie ; 11, kyste de l'ovaire; 21, rhumatisme ; 22, érysipèle facial; 23, hémichorée chez une femme enceinte.

M. DANLOS. Visite à 9 heures. — Salle Pidoux (H.) : 10, rhumatisme atrophique ; 20, tabes spasmodique ; 22, érythème desquamatif ; 25, artério-sclérose ; 29, cirrhose du foie, tuberculose pulmonaire, pleurésie gauche ; 31, sciatique. — Salle Trousseau (H.) : 2, insuffisance mitrale, adhérences pleurales ; 10, rhumatisme déformant, kyste du maxillaire supérieur; 16, sciatique ; 21, pneumonie, délire alcoolique de détervescence ; 24, 27, prostatite tuberculeuse, poussée péritonéale légère. — Salle Cruveilhier (F.) : 7, tuberculose pharyngo-laryngée ; 16, scarlatine ; 17, rétrécissement mitral, grossesse, hydramnios ; 18, fièvre typhoïde ; 20, chloro-anémie ; 21, pneumonie, parotidites critiques, érythème papuleux; 22, artério-sclérose, dilatation de l'aorte ; 24, hémiplégie droite, aphasie ; 28, coqueluche; 29, vomique pleurale interlobaire; 30, ulcère rond.

M. CUFFER. Visite à 9 heures.— Salle Barth (H.): 1, rhumatisme articulaire aigu, endo-péricardite, pleurésie droite ; 5, pneumonie ; 6, rhumatisme articulaire aigu; 7, érysipèle facial ; 8, insuffisance mitrale, rétrécissement aortique ; 9, eczéma aigu ; 14, scarlatine, rhumatisme scarlatineux ; 16, myélite transverse ; 17, paralysie glosso-labio-laryngée ; 18 , pleurésie purulente interlobaire ; 20 , goutte saturnine ; 22, péritonite tuberculeuse ; 25, arthropathie. — Pavillon Tenon (H.): 4, rhumatisme articulaire aigu, pleuro-pneumonie gauche ; 7, hémiplégie droite, pneumonie gauche; 16, pneumonie caséeuse. — Salle Couverchel (F.) : 1, dilatation des bronches ; 4, phlegmon du ligament large ; 7, pleurésie droite ; 10, néphrite chronique ; 12, rhumatisme déformant, tuberculose pulmonaire ; 13, hémiplégie, contracture ; 17, phlegmon du ligament large ; 18, hystérie ; 20, ataxie locomotrice progressive ; 24, insuffisance mitrale.

M. LACOMBE. Visite à 9 h. 1/2. Consultation le mercredi. Spéculum le samedi. — Salle Bichat (H.) : 14, pneumonie grippale ; 17, néphrite ; 23, syphilis cérébrale ; 24, tremblement mercuriel ; 30, néphrite catarrhale. — Salle Magendie (F.) : 10, épithélioma utérin ; 13, suites de couches ; 15, érythème polymorphe. — Salle Laënnec (F.) : 1, mal de Pott ; 4, rhumatisme articulaire aigu ; 6, myélite ; 22, fièvre typhoïde.

M. DREYFUS-BRISSAC. Visite à 9 heures. Consultation le vendredi. — Salle Gérando (H.) : 10, péritonite tuberculeuse ; 21,

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 AVRIL 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

ONZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — *Etat général de l'organisme pendant la période de syphilôme primaire.* — L'organisme est-il infecté tout entier à cette période ou non? — Période dite de deuxième incubation. — Sa durée. — Cette durée peut-elle être modifiée dans certaines conditions? Dans quelles conditions? Exemple. — Importance pratique de la connaissance de cette période de deuxième incubation.

Pronostic du chancre : I. Au point de vue local; II. Au point de vue général.

A. Pronostic tiré de l'aspect mauvais du chancre. — Sa valeur. — Syphilis graves précédées d'un syphilôme primaire ulcéreux. — Exemples. — Discussion. — Etiologie des syphilis graves et des syphilis malignes précoces. — Pronostic immédiat. Pronostic d'avenir. Exemples et discussion. — *B. Pronostic tiré de l'aspect bénin du chancre.* — Pronostic immédiat. — Pronostic d'avenir. — Exemples. — Discussion. — Conclusions générales.

Messieurs,

Quoi qu'il en soit de la discussion précédente, il est certain que *cliniquement*, l'organisme ne présente pas de signe réactionnel indiquant une infection générale lorsque le chancre se montre. Et pendant une longue durée encore (30 à 40 jours environ, le syphilôme primaire et l'adénopathie qui l'accompagne sont les seuls signes d'infection qui existent. C'est la période primaire à laquelle quelques auteurs ont donné le nom de deuxième incubation.

Lorsque éclate le feu d'artifice du début de la période dite secondaire, le syphilôme primaire peut certes exister encore. Mais s'il existe encore, ce qui est loin d'être la règle, il est en voie de réparation, de disparition. Donc, cette période dite de deuxième incubation, qui, selon moi, serait mieux appelée période du syphilôme primaire, s'étend de la date d'apparition du syphilôme primaire à la date d'explosion des phénomènes de la période dite secondaire.

Nous venons de voir que *nous ne savons rien sur l'état général de l'organisme pendant cette période du syphilôme primaire.* Car si le virus existe déjà dans le sang en ce moment, ce qui n'est pas encore démontré d'une façon absolue pour le début de cette période, il est en tous cas certain qu'il ne réagit pas sur l'état général de l'organisme par des phénomènes cliniquement appréciables (2).

Quant aux altérations du sang (diminution des globules rouges, etc.) décrites par Ricord et Grassi, puis par Wilbouchewitch de Moscou (1874), et Keys (1876), je n'ai pas à vous en parler ici. Car, bien que ces recherches aient été faites sur des sujets encore porteurs de leurs chancres et dont un certain nombre ne présentaient pas encore de lésions tégumentaires, il n'en est pas moins vrai que ces sujets étaient au début de la période dite secondaire. Ainsi Fournier nous dit dans ses annotations, aux leçons de Ricord sur le chancre, lorsqu'il relate à la page 189 de ce livre les recherches de Grassi et Ricord « une remarque de la plus haute importance, c'est que les malades qui ont servi à ces expériences se trouvaient tous à une époque très voisine du début de l'infection, c'est-à-dire à une période où la pénétration du virus dans l'économie et son irradiation dans l'organisme se révèle par des phénomènes de chloro-anémie, qu'en général on ne rencontre pas dans un stade plus avancé de la vérole (faiblesse, lassitude, décoloration des téguments, palpitation, migraine, etc). » Donc, dans ces cas, les malades n'en étaient plus à la période du syphilôme primaire, mais au début de la période secondaire; à cette époque où comme le disait Swediaur « les malades sont atteints d'une fièvre d'une espèce lente, avec un pouls faible et accéléré, avant que le virus syphilitique existant dans le système du corps, produise des éruptions à la peau, ou autres effets visibles. » Nous étudierons donc ces lésions sanguines avec la période dite secondaire dont elles constituent le début, dont elles annoncent l'exanthème, comme la fièvre annonce l'éruption dans une fièvre éruptive.

Combien de temps dure cette période du syphilôme primaire ou de deuxième incubation? Ici encore, Messieurs, l'expérimentation et la clinique nous viennent répondre d'une façon précise et nous apprennent que la durée moyenne de cette période est de 40 à 50 jours, de 6 à 7 semaines, de 45 jours (Fournier).

Telle est la règle générale. Mais, dans certains cas, cette durée peut être plus longue ou plus courte. On l'a vue descendre à 35 jours (Fournier), à 28 jours (Diday), à 25 jours (Mauriac). On l'a vue monter à 60 jours (Fournier), à 70 jours (Diday), à 90 jours (Mauriac), à 100 jours (inoculations expérimentales de Lindwurm), à 130 jours (inoculations de l'Anonyme du Palatinat), à 159 jours (inoculations de Rinecker), à 170 jours (inoculations de Vidal). *Quelques-unes des conditions qui modifient la durée de cette période du syphilôme primaire semblent pouvoir être determinées dans certains cas.* On a dit qu'elle était plus courte chez les sujets affaiblis, cachectisés. C'est là une opinion qui ne s'appuie sur aucun fait suffisamment précis, et je vous ai montré plusieurs fois, dans mon service, des malades vigoureux à incubations courtes et des malades cachectiques à incubations longues.

En revanche, nous possédons quelques données sur les conditions qui paraissent augmenter la durée de cette période du syphilome primaire. Diday et Doyon, Neisser ont signalé le phagédénisme comme pouvant retarder l'explosion des accidents secondaires. Il sem-

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 6, 7, 1884 et 1885.

(2) La démonstration de l'absence d'infection générale au début du chancre, la durée de cette période ne pourront être déterminées d'une façon précise que lorsqu'un grand nombre d'inoculations de chancre faites au porteur dès le début de l'apparition du chancre auront démontré l'inanité ou la valeur des hypothèses précédentes. Si l'on peut établir comme règle que le chancre n'est plus inoculable au porteur à une certaine période de son développement (quelle époque ?) il n'en est pas moins vrai que dans quelques cas, très rares d'ailleurs, dont je vous ai parlé dans la neuvième leçon, le chancre infectant a pu être inoculé à son porteur. La question est donc loin d'être actuellement résolue, et mieux vaut ici rester dans un doute méthodique qu'affirmer hâtivement !

blerait que cette période soit plus longue chez les syphilitiques soumis de bonne heure au traitement spécifique, et Keyes a vu dans ce cas la période de deuxième incubation durer près de quatre mois. Il semblerait que le froid puisse prolonger également cette durée et je crois en avoir observé un exemple à Paris pendant le rigoureux hiver de 1879 (la période primaire dans ce cas a duré plus de trois mois). D'après certains médecins, la première incubation serait souvent plus longue dans les pays froids (Norwège, etc). L'on songe involontairement devant ces faits aux belles expériences de Pasteur, aux recherches de Gibier, sur l'action de la température extérieure dans la multiplication de la bactéridie charbonneuse chez les animaux (poule, grenouille).

Une maladie intercurrente peut retarder d'une façon parfois notable l'explosion des accidents secondaires. Exemple : Le malade que vous avez vu (nº 106 du recueil d'observations, hommes) dans notre service, chez lequel une fièvre jaune semble avoir retardé de neuf mois l'explosion des accidents secondaires. — Cette observation, comme vous le savez, est aussi très importante au point de vue de la gravité de la syphilis chez les paludéens (j'y ai insisté dans une clinique sur ce sujet). La voici résumée en deux mots :

Observation recueillie par M. Masson, interne du service : Julien C..., 30 ans, peigneur de lins, très vigoureux, s'engage, à l'age de vingt ans, au service de la Hollande pour les Indes néerlandaises. Il débarque à Java en 1876. En 1877, fièvres paludéennes type tierce, qui furent traitées dès le début par le sulfate de quinine, mais qui revenaient encore de temps en temps (en 1878, 1879-80, 81, 82, 83, 84, etc.). En janvier 1882, il contracta un chancre infectant de la face dorsale de la verge, dans la rainure balano-préputiale à gauche. Ce chancre a laissé une cicatrice blanchatre superficielle. En même temps, il y eut engorgement non douloureux des ganglions inguinaux. Environ un mois au plus après l'apparition du chancre, il était encore complètement indemne de tout accident secondaire. (Le malade est très intelligent et s'est observé minutieusement). Or, à cette époque, c'est-à-dire un mois après l'apparition du chancre, il contracte la fièvre jaune. Il dut garder le lit huit mois. Pendant cette époque, il l'affirme catégoriquement, il s'est observé, et on l'a observé avec soin, il ne serait survenu aucun accident secondaire. Ce n'est qu'à la fin de la convalescence de cette fièvre jaune, c'est-à-dire huit à neuf mois après l'apparition du chancre que se montra la roseole syphilitique (que le malade attendait chaque jour, sachant très bien par ses camarades du régiment ce qu'est la vérole). Quelques jours après, céphalée, plaques muqueuses de la gorge et de l'anus, chute des cheveux, etc. Les accidents syphilitiques ultérieurs furent très graves, comme vous l'avez pu constater dans nos salles.

Pour terminer cette question de la période de deuxième incubation, remarquons qu'il n'existe pas de rapport précis entre la durée de l'incubation du chancre et celle de l'époque d'apparition des accidents secondaires. Il n'y a pas non plus de corrélation précise entre la nature du liquide virulent et la durée de l'incubation (Anonyme du Palatinat). Nous ne savons pas non plus si les incubations longues indiquent une vérole grave et réciproquement.

Donc, retenez-bien ceci, la période du syphilôme primaire dure en moyenne 45 jours. Il est inutile d'insister sur l'importance du fait au point de vue théorique, pratique, médico-légal, etc.

Pronostic.

Le pronostic du chancre en tant qu'accident *local* est en général peu sérieux. Néanmoins il peut dans certains cas, être l'origine de troubles fonctionnels, d'altérations d'organes importants, d'ulcérations, etc., dont je vous ai parlé à propos des complications du chancre. Il en est de même de l'adénopathie primaire.

Mais, au point de vue du pronostic général, c'est tout à fait autre chose. C'est la vérole avec toutes ses conséquences.

I. Pronostic tiré de l'aspect mauvais du chancre. —A. *Syphilis malignes, précoces ou graves, précédées d'un syphilôme primaire ulcéreux.* — L'aspect mauvais du chancre peut annoncer parfois que la vérole est sur un mauvais terrain. Mais cet aspect mauvais n'indique pas pour cela certainement qu'il y ait virulence plus grande comme l'avait pensé Diday en 1863. « Le chancre, a dit Bassereau, est la pierre de touche de l'organisme ». Mais, jusqu'ici, il est difficile d'affirmer d'une façon certaine qu'il soit la pierre de touche de la virulence. Ainsi que le remarquent Besnier et Doyon dans leurs annotations à la traduction de Kaposi, « la même raison toute individuelle qui fait l'accident initial excessif, fera également excessifs les accidents consécutifs. »

C'est ainsi, et vous en avez vu de nombreux exemples dans nos salles, que l'aspect grave de certains chancres et des accidents qui leur succèdent immédiatement paraissent dépendre de l'altération de l'organisme consécutive à différentes causes cachectisantes, à différentes causes entraînant ce que l'on appelle la misère physiologique ; ainsi, par exemple, l'âge avancé du sujet, la grossesse, les convalescences longues, peut-être la scrofulo-tuberculose (Hardy (1), les traumatismes, peut-être les émotions morales, Dubuc, Ory, Jullien. L'alcoolisme, comme vous le constatez tous les jours dans mes salles, est une cause puissante de syphilis à accidents graves, et tenaces, dès le début, comme l'ont fait remarquer il y a longtemps Hardy, Ricord, Lallier, Vidal, Bes-

(1) Vous venez de voir récemment dans mon service un beau cas de syphilis maligne précoce, ayant débuté par un chancre fortement ulcéreux. Dans ce cas, on trouve seulement, comme pouvant expliquer la gravité précoce d'une pareille vérole, des signes évidents de tuberculose pulmonaire, — Voici brièvement résumée cette observation recueillie par mon aide de clinique, M. Tavernier : (Recueil d'observations. Hommes.)

G. L..., vingt-quatre ans, n'est ni alcoolique, ni paludéen, il se nourrit bien, ne fait pas d'excès et ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ; mais il a eu, étant jeune, des gourmes, des glandes. Il tousse depuis quelque temps, et je constate aux sommets des poumons des signes accentués de tuberculose pulmonaire. Il y a six mois, coït suspect. Un mois après, apparition dans la rainure balano-préputiale d'un chancre qui a laissé à sa suite une cicatrice très profonde, grande comme une pièce de un franc environ. Il vint me consulter dès le début de sa syphilis. Dès le début, je lui prescrivis un traitement spécifique énergique. (Voir nº 160 du cahier de la Polyclinique). — Malgré cela, il lui survint, environ deux mois après le début du chancre, de nombreuses gommes et placards tuberculeux ulcérés sur les membres, etc. Ne voulant pas entrer à l'hopital, il alla consulter le docteur Caron, qui lui prescrivit, à l'intérieur, de l'iodure de potassium, etc. Eh bien ! en dépit de ce traitement énergique, suivi dès le début du chancre, les lésions spécifiques persistèrent, se multiplièrent, il fut obligé d'entrer dans mon service, et actuellement, cinq mois après le début du chancre, cet homme profondément cachectisé présente sur la surface cutanée une quinzaine de vastes placards ulcérés de syphilides tuberculo-croûteuses circinées à marche un peu serpigineuse (forme tuberculo-ulcérante gangréneuse de Bazin, Hardy). Il a une gomme du voile du palais, des maux de tête violents, une fièvre intense (40º), et malgré le traitement institué dès son entrée dans mes salles, il lui est survenu dans les premières semaines de nouvelles poussées de gommes ulcérées. Faut-il, dans ce cas, attribuer la gravité d'une pareille syphilis à la tuberculose pulmonaire dont est atteint le malade ? Je ne puis l'affirmer, mais en tous cas je ne trouve rien d'autre pouvant expliquer cette malignité précoce. Je me rappelle avoir vu en 1876, à Necker, dans le service de mon maître Hardy, un cas analogue, à propos duquel ce grand clinicien nous fit une leçon.

nier, Fournier (1). Ainsi que je vous l'ai signalé dans plusieurs cliniques, il est certain que l'impaludisme joue un rôle important dans l'éthiologie des syphilis malignes, précoces. Mon attention a été attirée sur ce fait en 1882 par les professeurs Verneuil et Fournier. Depuis cette époque je me suis occupé beaucoup de la question indiquée par Martineau et Ott, je possède à cet égard de nombreuses observations des plus probantes et je vous répète ici ce que j'ai dit dans une de mes cliniques antérieures intitulées: *Syphilis et paludisme*, il semble très probable que l'intoxication paludéenne chronique soit une cause d'aggravation de la syphilis (2).

Ce qui semble montrer que la qualité, la virulence plus grande du liquide inoculé, n'est pas d'une façon certaine en rapport avec l'aspect excessif, avec l'aspect mauvais du chancre, c'est que l'on voit des sujets atteints de vérole ; très bénigne en apparence, commu-

(1) Voici un bel exemple de syphilis fouettée par l'alcool, que j'ai observé en mai 1884, dans le service du professeur Fournier : Georges P..., trente-deux ans, mulâtre, vigoureux et sans antécédents pathologiques, musicien de son état, boit énormément de tout, mais surtout de l'absinthe (dix verres par jour et plus). Pituites, tremblements des mains. Le 7 mars 1884, apparition sur le pubis d'un chancre croûteux (contracté à Paris). Ce chancre a laissé une cicatrice accentuée, large comme une pièce de un franc. Un mois et demi après l'apparition du chancre, début d'une poussée très intense et généralisée de rupia syphilitique à magnifiques croûtes ostracées recouvrant des ulcérations rondes, grandes comme des pièces de 3 francs, à bords taillés à pic, entamant la moitié du derme. Amélioration rapide par le traitement spécifique.

(2) Voici brièvement résumées plusieurs belles observations de syphilis ayant débuté par un chancre fortement ulcéreux, paraissant aggravées par l'*intoxication paludéenne chronique*. Je les choisis parmi les observations nombreuses que j'ai recueillies sur ce sujet (*je ne parle que de celles où le chancre était très accentué et de mauvais aspect*). Je vous résume ici brièvement les observations dont j'ai déja parlé dans ma clinique : *Syphilis et paludisme*.

Henri W..., vingt-sept ans (nº 181 du recueil d'observations, hommes; observation recueillie par M. Masson, interne du service), a contracté, en 1879, les fièvres intermittentes au Sénégal; l'accès revenait tous les deux jours. Il fut traité par le sulfate de quinine dès le début, mais les fièvres n'ont pas disparu et il les avait encore dans nos salles (Le malade est entré dans nos salles le 13 janvier 1885). En 1881, en France, il contracte un chancre infectant, fortement induré. En 1882, nombreuses pustules d'ecthyma profondément ulcéreux sur la cuisse droite. Quand il entre dans nos salles, il est extrêmement cachectisé et est atteint de pharyngite spécifique ulcéreuse étendue et de syphilis cérébrale (céphalée intense, hémiparésie, troubles de la vue, etc.), et il est repris de ses fièvres intermittentes. Guérison au bout de deux mois par un traitement spécifique énergique, associé au sulfate de quinine, arsenic, quinquina, etc. Il est à noter que chez ce malade le traitement spécifique n'a commencé à mordre qu'après l'institution du traitement de la fièvre intermittente.

T... (Théodore), frappeur, (nº 173 du recueil d'observations-hommes. Observation recueillie par M. Tavernier). Homme vigoureux. Rien de particulier à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires. Pas d'alcoolisme jusqu'en 1879. En février 1869, chancre infectant ulcéreux suivi d'accidents spécifiques (papules, etc.). Cette syphilis fut fortement traitée dès le début et d'une façon continue. Environ deux ans après le début de la syphilis, il contracte les fièvres intermittentes (fièvres quartes). Ces fièvres durent cinq mois environ et guérirent ou du moins disparurent sous l'influence du sulfate de quinine. — Il semblerait qu'à partir de ce moment la syphilis se soit aggravée. Il survient une poussée d'ecthyma syphilitique ulcéreux ayant laissé de nombreuses cicatrices profondes, surtout aux membres inférieurs. Quelques mois après, le malade fut atteint d'ozène avec nécrose de la cloison et élimination de séquestres.

A partir de ce moment, le malade désespéré d'être atteint d'une syphilis aussi grave, se mit à s'enivrer continuellement pour oublier son chagrin; La syphilis, fouettée sans doute déjà par le paludisme, s'aggrave encore sous l'influence de l'alcool. Il survient une perforation de la voûte palatine. Puis, malgré un traitement spécifique énergique, une énorme gomme en nappe siégeant à la partie postérieure du bras ; enfin un an après hypérostose gommeuse du frontal et nécrose consécutive ayant laissé une profonde cicatrice. En 1881, hypérostose de presque tous les os des membres et peut-être début d'une hépatite syphilitique. Enfin, en 1885, quand il entra dans nos salles, il était dans un état de cachexie profonde, il présentait encore sur la peau des ulcérations croûteuses d'ecthyma profondément ulcéreux, et en outre des phénomènes très accentués de syphilis cérébro-spinale sur lesquels il est inutile d'insister ici. Sous l'influence d'un traitement mixte énergique aidé par l'ingestion du café noir, du sulfate de quinine, etc., son état s'améliora rapidement et au bout de six semaines environ, il quittait mon service presque complètement guéri.

Voici en outre quelques observations analogues que j'ai recueillies alors que j'avais l'honneur d'être chef de clinique du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Jacques S..., quarante et un an, d'une bonne santé ordinaire, ne présentant rien à noter de particulier dans ses antécédents, contracte en 1866 des fièvres intermittentes très intenses à la Rochelle. En 1879, chancre infectant de la face cutanée du prépuce, ayant laissé à sa suite une cicatrice assez prononcée. En 1880, angine très douloureuse et gomme ulcérée de la cuisse gauche, accidents pour lesquels il fut soigné dans le service du professeur Fournier. En mars 1883, il rentra dans le service pour de nombreuses petites gommes cutanées ulcérées, survenues sur les mains, les jambes, dans l'aine.

Frédéric K..., quarante-trois ans, a contracté, en 1864, des fièvres intermittentes à la Martinique. Celles-ci durèrent plusieurs années. En juin 1883, il contracte un chancre infectant ulcéreux de l'annulaire droit. Il entre à l'hopital Beaujon dans le service du docteur Bouilly ; dès son entrée, on institue un traitement spécifique énergique. Le 24 juillet, éruption confluente et généralisée de papules, accompagnée d'un syphilôme non résolutif au niveau de l'épaule gauche. L'éruption dure deux mois. Il quitte alors l'hopital Beaujon Quinze jours après sa sortie, il y rentra pour un sarcocèle syphilitique double. On le remit au traitement spécifique ; malgré ce traitement, apparition, en octobre 1883, de gommes crues sur les bras, puis d'une gomme suppurée au niveau du coude droit. Malgré un traitement spécifique énergique et continu, il se développa de nouvelles et nombreuses gommes suppurées du derme et de l'hypoderme (plus de trente gommes); une glossite scléreuse. Il entre alors dans le service du professeur Fournier, en janvier 1884. Après un traitement de deux mois environ par l'iodure, le Hg. et le quinquina, il quitte l'hopital guéri. Je ne l'ai plus revu depuis.

Marius L..., vingt-deux ans, d'une bonne santé habituelle, ni alcoolique ni surmené, a contracté, à l'age de quinze ans, les fièvres intermittentes à l'île de la Réunion. Elles furent traitées par le sulfate de quinine et ne guérirent qu'au bout de deux ans. Cependant, à chaque changement de climat, les fièvres intermittentes reprennent. Le 1er aout 1882, il fut atteint d'un chancre infectant ulcéreux du fourreau de la verge contracté à Paris, qui a laissé à sa suite une cicatrice brune, large comme une pièce de un franc. Il alla de suite consulter le docteur Piogey, qui lui prescrivit un traitement mercuriel. Vingt-cinq jours après le début du chancre, poussée d'ecthyma syphilitique ayant laissé des cicatrices nettes. Un mois après, gommes cutanées ulcérées au niveau des jambes. Il continue à suivre un traitement spécifique et cependant, quatre mois après le début du chancre, il lui survient, en différents points du corps et à la face, une douzaine de placards de syphilides tuberculeuses ayant laissé à leur suite des cicatrices d'un brun violacé intense. Il faut noter que deux mois après le début du chancre, il était entré dans le service du docteur Guibout, pour des douleurs très vives du genou gauche, avec tumeur à ce niveau. Il prit, pendant les cinq mois de son séjour dans ce service, journellement 2 grammes d'iodure de potassium et une pilule de proto-iodure à 1 centigramme. En janvier 1883, il quitta le service incomplètement guéri et ne tarda pas à être atteint de périostoses accentuées des tibias, du cubitus gauche, de douleurs dans les coudes, d'hydarthrose du genou gauche avec empâtement péri-articulaire. Ces accidents l'amènent, en mars 1883, dans le service du professeur Fournier, où je constate chez lui, outre les lésions précitées, un état cachectique très accentué, une rate énorme, des placards de syphilides tuberculeuses disséminés sur toute la surface cutanée. Après trois mois de traitement par l'iodure (2 grammes), le quinquina, le café, il quitte le service complètement guéri.

Joseph O..., 28 ans, d'une bonne santé habituelle, a contracté les fièvres intermittentes dans l'Amérique du Sud, à l'âge de dix-huit ans. En 1880, à Paris, il contracte un chancre infectant, dont il existe encore une cicatrice. Deux mois après le chancre, placards disséminés de syphilides tuberculo-ulcéreuses (57 placards). Cette éruption dura deux ans, malgré un traitement spécifique énergique prescrit par le docteur Horteloup.

Il y a deux ans, début d'une pharyngite ulcéreuse, suivie bientôt d'une laryngite ulcéreuse. Il entra, en juin 1884, dans le service du professeur Fournier, où je constate, outre les lésions précitées, une destruction complète de l'épiglotte, une ulcération grisâtre au niveau des cordes vocales supérieures qui sont épaissies

niquer des véroles très graves et réciproquement. C'est d'ailleurs là une loi de pathologie générale. Ne voit-on pas des scarlatines, des diphthéries des plus légères donner naissance à des diphthéries, à des scarlatines des plus graves et souvent mortelles ?

En un mot, si l'on admet la nature parasitaire de la vérole, on peut supposer que le virus syphilitique un comme virulence produit des effets variables comme intensité, s'il est ensemencé dans un organisme plus ou moins propre à sa culture. En outre, on peut supposer que l'aspect plus ou moins grave du syphilôme primaire, indique seulement que le terrain de culture est *actuellement* propice à la prolifération du parasite et à l'apparition des accidents qui en sont immédiatement la conséquence, mais n'implique en rien un pronostic d'avenir si le terrain de culture est ultérieurement modifié. (*A suivre.*)

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

HÔTEL-DIEU. — Service du Dr **TALAMON**.

De la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique.

Par **PAUL THIÉRY**, interne des hôpitaux.

Le *liquide céphalo-rachidien* était considéré autrefois comme une sérosité ne contenant aucun élément spécial et ne différant des autres liquides dits séreux de l'économie, que par la proportion de ses divers éléments. De nombreuses analyses ne tardèrent pas à établir d'une façon plus précise sa composition chimique ; sans entrer dans des détails, nous citerons quelques chiffres. Pour Lassaigne, c'était un liquide alcalin contenant :

Eau	98.564
Albumine	0.088
Osmazome	0.474
Chlor. de sod. et dépôt	0.801
Mat. animales et phosph. de chaux libre	0.036
Carbonate de soude et phosphate de chaux	0.017

Sa densité est 1006. Cette analyse a été faite sur le liquide céphalo-rachidien d'une femme âgée.

Chez le *cheval* les proportions diffèrent :

Eau	98.180
Albumine	0.035
Osmazome	1.104
Chlor. de sodium	0.610
Sous-carbonate de soude	0.060
Phosphate et carbonate de chaux	0.009

De Haldert y retrouve aussi l'osmazome. Couerbe y trouve en plus de la cholestérine et de la cérébrote. Hilger, qui analyse le liquide de l'hydrocéphalie chronique, y trouve 0.246 0/0 d'albumine ; Marcet, dans le même liquide, admet 0.112 de matières muqueuses et albuminoïdes. Enfin, Claude Bernard démontre que le liquide céphalo-rachidien contient du sucre à peu près dans les mêmes proportions que le sang. Ce physiologiste considère (Liquides de l'organisme et physiologie expérimentale, tome I) le sucre comme élément normal entrant dans la constitution du liquide céphalo-rachidien, mais bien plutôt comme élément d'apport, que comme partie constituante Il est en effet soumis, dit-il, à la fonction glycogénique du foie et en suit les variations.

Ce sucre, qu'il a surtout étudié à l'aide de la réaction cupro-potassique, il le décrit comme constant chez les animaux en état de santé ; mais sa quantité serait peu considérable, il pourrait même disparaître complètement sous l'influence de l'inanition.

A ce sujet, il nous paraît intéressant de publier l'observation suivante :

En août 1885 entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine (Crèche) dans le service du Dr Talamon qui voulut bien l'accepter sur notre recommandation, le nommé W... agé de 10 mois.

Cet enfant était affecté d'une hydrocéphalie énorme; os et sutures disjoints, fontanelles non ossifiées : quelques chiffres donneront une idée des proportions de la tête : un ruban passant par la protubérance occipitale et par les deux bosses frontales, mesurait 64 cent. ; un autre, mené de la racine du nez à la partie post. de la tête c'est-à-dire à l'atlas, 54 centim. ; un troisième, s'étendant de l'antitragus au niveau de la ligne médiane passant par le sommet de la tête, 24 centim.

L'enfant était d'ailleurs assez bien portant, et prenait le biberon avec une avidité remarquable ; le poids de la tête, apprécié à la main, était considérable, l'exophtalmie très prononcée. La mère avait accouché à 6 mois 1/2 : auparavant elle avait eu un autre enfant né au bout de 7 mois de grossesse, lequel a aujourd'hui deux ans environ, est bien portant et bien conformé. L'hydrocéphalie augmentant, et quelques signes de compression cérébrale caractérisés par des convulsions survenant, le chef de service recourut à la ponction capillaire, méthode déjà préconisée par un certain nombre d'auteurs. (V. Rilliet et Barthez.)

Le 13 *août*, on fait une première ponction et l'on retire 200 gr. de liquide.

Le 15 *août*, 2e ponction qui évacue 500 gr. La mère du petit malade refuse de rester à l'hôpital, et elle emmène l'enfant : nous avons su depuis que le liquide s'était rapidement reproduit et que la tête a augmenté de volume depuis le mois d'août. Mais en tout cas, les deux ponctions ont été absolument inoffensives.

Nous voulons appeler tout particulièrement l'attention sur l'analyse chimique du liquide extrait par la ponction, analyse faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Traité par la liqueur de Fehling, le liquide hydrocéphalique a donné un précipité abondant d'oxydule rouge de cuivre ; le sous-nitrate de bismuth se colorait en noir. En présence de ces faits, et dans le but d'évaluer la quantité de sucre contenue, le liquide a été soumis à une analyse chimique plus complète dont voici les résultats :

200 gr. de liquide limpide et incolore.
Réaction neutre.
Densité 1005.

La chaleur y donne un trouble douteux. AzO^5H, blanchit le liquide, sans former de précipité floconneux. L'ébullition (après avoir acidulé avec quelques gouttes d'acide acétique) donne lieu à un léger trouble d'albumine. L'acide picrique donne un précipité floconneux. Le réactif de Tanret précipite. On peut donc conclure que ce liquide contenait une certaine quantité d'albumine, mais trop faible pour pouvoir être dosée. Il y avait de plus, des chlorures, de l'urée 1 gr. 35 p. 1000.

Quant au sucre, il avait disparu du liquide dès le lendemain, fait qui nous parut étonnant, la glycose pouvant être retrouvée encore, au moins en partie, dans des urines, un, deux jours et plus après qu'elles ont été émises alors même qu'elles sont altérées.

Étions-nous donc en présence d'un corps possédant les réactions de la glycose, mais n'étant pas de la glycose ? Nous aurions pu nous en assurer par un examen polarimétrique : malheureusement le liquide était altéré, puisqu'il ne présentait plus les mêmes réactions que la veille, et le malade ayant quitté l'hôpital, nous ne pouvions nous en procurer une nouvelle quantité pour en faire l'examen saccharimétrique au moment même de la ponction. Cherchant alors à nous rendre compte des faits que nous avions observés, et nous reportant aux auteurs, nous avons trouvé dans Gorup Besanez, deux passages que nous traduisons :

Ils sont tirés de l'ouvrage intitulé : *Lehrbuch der Chemie für den Unterricht auf Universitaten, technischen Lehranstalten und für das Selbststudium.* — Brunswick Frédéric Vieweg et fils, éditeurs, 1875, 3e édition. Cet ouvrage a été aussi publié sous le nom de *Lehrbuch der physiologischen Chemie*, von Gorup-Besanez.

Voici ce que nous lisons page 315 du 3e volume :

« Bodeker appelle alcaptone un corps analogue au sucre que l'on trouve dans l'urine, et qu'il a découvert dans l'urine d'un malade. Il le décrit comme un corps semblable à l'ambre, de couleur jaune pale, amorphe, qui dégage par la chaleur une odeur urineuse, brûle avec une flamme brillante, et qui, chauffé avec du carbonate de soude, dégage une grande quantité d'ammoniaque. Il est soluble dans l'eau et l'alcool, réduit l'oxyde de cuivre et l'oxyde d'argent en présence d'une base libre, mais ne réduit pas l'oxyde de bismuth. Il semble enfin ne pas être fermentescible. » (Bodeker, *Zeitschrifte für rat. Med.* VII, p. 128.

Et à la page 397 du 2e volume de l'ouvrage :

« En dehors des éléments ordinaires des sérosités, Bussy, Turner, Hoppe-Seyler et de Schtscherbakoff y ont trouvé (dans le liquide céphalo-rachidien) un corps qui réduisait l'oxyde de cuivre en solution alcaline, qui noircirait le sous-nitrate de bismusth en présence du carbonate de soude, mais n'aurait pas de pouvoir rotatoire et ne serait pas susceptible de fermenter. Peut-être ce corps est-il identique avec celui que Bodeker a trouvé dans l'urine et qu'il a décrit sous le nom d'alcaptone. Claude Bernard, au contraire, trouve de la glycose dans le liquide céphalo-rachidien de tous les animaux bien portants; mais il s'est vraisemblablement laissé induire en erreur par la réaction du cuivre. »

De nouvelles recherches seraient donc nécessaires pour fixer la science à ce sujet, et c'est pour engager ceux qui auraient l'occasion d'observer des hydrocéphalies que nous avons publié le résultat de l'analyse du liquide retiré de l'encéphale de ce malade. Je sais bien que l'on peut toujours arguer que le liquide hydrocéphalique n'est pas un liquide normal à proprement parler : mais c'est seulement dans ces cas que l'on peut obtenir le liquide céphalo-rachidien à l'état frais chez l'homme, et d'ailleurs l'analyse a prouvé qu'il ne diffère pas notablement par ses éléments du liquide cérébro-spinal observé en dehors de toute altération pathologique (analyses faites par Magendie).

Il serait intéressant également de rechercher si le liquide de l'hydrocéphalie aiguë et celui que l'on trouve dans les ventricules à l'autopsie des sujets morts de méningite tuberculeuse, contiennent aussi cette substance réductrice des sels de cuivre et de bismuth; l'examen polarimétrique, nous semble-t-il, pourrait lever tous les doutes. Chaque fois qu'un liquide est sécrété en trop petite quantité dans l'organisme, on est autorisé à l'étudier dans les cas pathologiques où sa production est plus abondante, sauf à faire quelques réserves pour l'état spécial où il est considéré; c'est seulement en agissant de la sorte que l'on est parvenu à fixer la composition chimique d'un certain nombre de liquides de l'économie, le liquide pleural ou péritonéal par exemple. Une autre cause d'échec, si réellement le corps que nous signalons et que Bodeker appelle alcaptone est constant dans les liquides de ce genre, c'est sa prompte disparition au moins en tant que réducteur des sels de cuivre. La plupart des autopsies n'étant faites qu'au bout de 24 heures, il est peu probable (et nous avons pu nous en convaincre par quelques essais infructueux) qu'on puisse le retrouver dans ces conditions, puisque, à l'altération du liquide lui-même, vient se joindre celle de la partie contenante, de la masse encéphalique. Il ne reste donc plus que deux procédés : ou bien l'extraction du liquide par aspiration dans les quelques heures qui suivent la mort, méthode infidèle dans les cas ordinaires à cause de la faible quantité de liquide céphalo-rachidien contenue dans la boîte crânienne à l'état normal (60 à 120 gr.) Dans ces conditions il est facile de prévoir que l'aspiration fournira une quantité excessivement minime de liquide, la plus grande partie de sa masse échappant à l'action du vide. Il serait préférable de s'adresser aux animaux chez lesquels on peut se procurer le liquide pendant la vie même de l'animal.

Ou bien alors c'est chez les hydrocéphales que la recherche doit être faite : la ponction, pratiquée avec précaution, est inoffensive; bien plus c'est un traitement bien souvent palliatif, comme dans notre cas, quelquefois même curatif, au dire de quelques auteurs autorisés.

De tous ces faits, il résulte qu'il est permis de mettre en doute la présence du sucre dans le liquide céphalo-rachidien des hydrocéphales, et de plus qu'on doit se mettre en garde contre quelques cas de réduction de la liqueur de Fehling et du sous-nitrate de bismuth, celle-ci pouvant être effectuée par un certain nombre d'agents réducteurs autres que la glycose. Il reste bien acquis qu'en clinique cette erreur existe à peine, les cas étant extrêmement rares où un autre agent réducteur que la glycose existe dans l'urine ; cependant le fait est démontré pour l'acide urique, le chloroforme, la salicine et un certain nombre d'autres corps réducteurs. Mais, en physiologie, et surtout dans l'étude du liquide céphalo-rachidien, on devra toujours contrôler par le polarimètre les résultats obtenus par les procédés ordinaires de réduction des sels de cuivre; dans le liquide que nous avons examiné en effet, la réduction existait très nette et très complète ; elle n'était ni indécise, ni tardive et même après avoir étendu le liquide d'une quantité notable d'eau, la réaction s'effectuait parfaitement, la liqueur se décolorant entièrement et laissant déposer un abondant précipité d'oxydule rouge de cuivre.

Deux points de cette analyse sont encore à remarquer : Claude Bernard, en opérant sur le liquide céphalo-rachidien normal des animaux, trouve du sucre en mêmes proportions que dans le sang : de notre côté nous avons trouvé dans le même liquide pathologique l'hydrocéphalie chronique, une quantité de substance réductrice que nous pouvons évaluer, bien que le dosage exact n'ait pu en être fait, à un chiffre bien supérieur à celui qu'indique Claude Bernard : y a-t-il là une condition pathologique spéciale; il nous semblerait logique d'en émettre l'idée sans contredire pour cela l'opinion que nous émettions plus haut, à savoir que les éléments du liquide céphalo-rachidien normal ne diffèrent pas sensiblement de ceux du liquide hydrocéphalique : mais Magendie, qui a fait ces analyses comparatives, n'avait pas reconnu la présence du sucre ou d'une substance analogue dans ce liquide. D'autre part, Bussy, Turner, Schtscherbakoff et surtout Bodeker, décrivent la substance réductrice comme non fermentescible; dans notre analyse cependant, elle avait disparu au bout de 24 heures environ et, à ce moment, on ne pouvait plus obtenir la réduction des sels de cuivre, fait qui semble peu en rapport avec l'hypothèse de la non-fermentation de l'alcaptone. Enfin Bodeker n'a pas obtenu la réduction des sels de bismuth : cependant les autres auteurs que nous avons cités l'ont signalée et nous-mêmes l'avons constatée.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Les candidats inscrits sont les suivants : MM. Assaki, Beurmer, Boiffin, Demoulin, Festal, Hallé, Hartmann, Lejars, Merigot de Treigny, Metaxas, Phocas et Villemin L'épreuve écrite a eu lieu lundi dernier ; la question posée a été : *Appareil lacrymal, fistules lacrymales*; la lecture des compositions commencera la semaine prochaine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture du cours de médecine légale. — M. Brouardel.

Il est certain qu'avant la nomination de M. Brouardel à la chaire de médecine légale, cette science n'était que peu ou pas enseignée en France. Et, cependant, le grand amphithéâtre retentissait de la voix si autorisée de Tardieu, si éloquente dans sa simplicité de Lorrain ; mais il manquait à ces cours doctrinaux, dogmatiques, une consécration pratique.

Aujourd'hui, tout est changé, et on peut le dire avec quelque fierté, c'est en France, et en France seulement que la médecine légale est véritablement enseignée avec fruit; et, ce qui le prouve, c'est le nombre considérable d'étrangers qui se rendent dans notre pays pour assister aux leçons d'un professeur, qui à lui seul a fait plus pour cet enseignement que tous ses devanciers réunis. Pendant toute l'année, M. Brouardel qui a obtenu, après bien des luttes, que les autopsies médico-légales devinssent publiques, fait à la Morgue, des leçons, des exercices pratiques dont les étudiants ont si bien compris l'importance que, ainsi qu'il a été démontré ici-même, le petit amphithéâtre municipal est devenu tout à fait insuffisant. Pendant le semestre d'été, sans interrompre pour cela ses démonstrations pratiques, M. Brouardel fait dans le petit amphithéâtre de la Faculté, car le grand n'est pas libre, un cours théorique qui complète de la façon la plus heureuse l'enseignement expérimental de la Morgue. On y retrouve le professeur, dont l'éloge n'est plus à faire, avec toutes les qualités qui l'ont placé au premier rang, diction claire, mesurée, émaillée de faits recueillis pendant une longue pratique, conseils toujours justes et toujours justement appréciés. Aussi les élèves sont-ils venus en foule, comme les années précédentes, assister aux leçons sur la *déontologie médicale*, sujet que traitera plus particulièrement M. Brouardel. Ce n'est pas une mince besogne que celle du médecin légiste, surtout lorsque celui-ci, jeune docteur, quitte les bancs de la Faculté pour se rendre en province. Il ne suffit pas, en effet, de posséder à fond la pathologie interne et la clinique pour être un bon expert. Il faut avoir cette pratique des choses de justice qui renferment de si graves conséquences, qu'une conclusion dont on n'a pas pesé tous les termes, peut en assises être aussi mal interprétée par l'accusation que par la défense entre lesquelles le médecin se trouve toujours placé. C'est que malheureusement on ne rédige pas ces rapports comme une observation : *il faut conclure* et ne pas conclure à la légère. Il vaut mieux demander un supplément d'observation, l'adjonction d'un spécialiste, micrographe, chimiste, aliéniste ou autre, que de s'aventurer sur ces terrains où l'on ne fera pas un faux pas sans que celui ci ne soit soigneusement relevé. Ces questions si importantes, de transport, de rapport, de déposition, M. Brouardel les a esquissées dans sa première leçon. Dans les suivantes il les développera, inscrivant en outre dans son programme le *secret professionnel*. Nous n'avons pas besoin d'engager les élèves à se rendre à ce cours : nous savons par l'expérience des années précédentes qu'ils apprécient, à leur juste mesure, les leçons d'un professeur dont la vie tout entière appartient à l'enseignement et qui, n'était connue sa bienveillante simplicité, pourrait à juste titre se montrer fier de la chaleureuse ovation que lui ont faite les nombreux auditeurs.

Ouverture du cours d'hygiène. — M. Proust.

Il y a peu de temps encore la chaire d'hygiène était occupée par un homme, à l'œuvre et à la vie duquel on doit rendre justice, sans méconnaître que ses leçons tendaient à ne répondre qu'imparfaitement aux lourdes exigences d'un enseignement à la Faculté de Paris. — A l'heure où les progrès de l'hygiène sont le souci de ceux qui ont la charge et la responsabilité des choses publiques, où l'Allemagne crée à Berlin une chaire d'hygiène pour y appeler un homme illustre, il était impossible que la Faculté ne mît pas à la tête de l'enseignement de l'hygiène un savant pénétré des connaissances nouvelles.

Les travaux antérieurs de M. Proust sur l'hygiène, les réformes qu'on lui doit pour remplacer les quarantaines par des mesures plus pratiques et plus sûres, la désinfection des bateaux pendant les traversées, le désignaient pour assumer une tâche lourde. Samedi dernier a eu lieu l'inauguration de son cours. Je ne puis reproduire cette première leçon faite avec beaucoup de méthode, d'une voix claire et bien timbrée. C'est la méthode et le programme de son enseignement que j'ai en vue.

Les leçons de ce semestre seront consacrées à l'étude de l'assainissement des grandes villes et particulièrement de Paris. L'exposition d'hygiène qui va s'ouvrir permettra de présenter aux élèves des modèles, des plans, des appareils et constituera une sorte d'enseignement technique d'une grande valeur. Une leçon par semaine sera réservée à l'instruction et aux démonstrations pratiques. Avant d'entrer dans le sujet principal du cours, le professeur compte exposer en quelques leçons l'état de la science au sujet du choléra ; il n'est pas besoin d'ajouter que les théories microbiennes récentes seront étudiées comme il convient à l'aide de planches, de projections et de préparations microscopiques. Comme on le voit, la méthode du nouveau professeur, le programme qu'il veut développer sont excellents et laissent vivement regretter que l'on n'accorde pas à la chaire d'hygiène de Paris un laboratoire où se poursuivent parallèlement les travaux d'hygiène et l'instruction pratique des étudiants.

Ouverture du cours de pathologie interne. — M. Damaschino.

Si les professeurs de pathologie interne qui furent les maîtres de M. Damaschino venaient aujourd'hui assister au cours de leur élève, ils ne manqueraient certainement pas d'être étonnés d'abord et d'admirer ensuite. Ce professeur, en effet, a réussi à transformer le grand amphithéâtre de la Faculté en une vaste salle de démonstration où l'on peut faire assister de sa place l'élève d'aujourd'hui aux projections anatomiques les mieux réussies, pendant que le maître poursuit son cours doctrinal. On comprend sans peine toute la portée qu'acquière un enseignement compris de telle façon que l'élève ait sous les yeux l'exemple pendant qu'il écoute la théorie. Un livre qui traiterait des maladies nerveuses, des *scléroses de la moelle*, puisque tel est le sujet qu'a choisi le professeur, et qui ne renfermerait pas de gravures serait certainement incomplet et jugé tel. La physiologie de l'axe cérébro-spinal n'est pas tellement connue, qu'il ne soit nécessaire d'avoir à chaque instant la coupe normale ou la lésion morbide sous les yeux pour que la compréhension s'établisse. Tout au plus, quelques initiés qui font de ce sujet leur étude spéciale pourraient-ils bénéficier d'une lecture, d'une exposition orale faite de semblable façon. M. Damaschino qui tient avant tout à ce que les élèves comprennent, retiennent et bénéficient, a jugé qu'il devait en être autrement. Et nous ne craignons pas de le dire, son unique souci de toute l'année est de préparer lui-même pour son cours les pièces microscopiques qui lui permettront d'interpréter les symptômes de l'affection dont, avec son éloquence habituelle, simple,

concise, dépourvue de mots inutiles, il est chargé de dérouler le tableau. En dehors du malade, source précieuse, indispensable et qui donne en matière nerveuse ce que la physiologie est impuissante à fournir, l'autopsie proprement dite ne peut que bien rarement nous montrer ce que révèle ultérieurement l'examen microscopique. Il faut attendre et le fait clinique n'est plus déjà qu'un souvenir lorsque le microsrope a pu intervenir. Il en est autrement dans ce cours : tout le monde connaît le tableau clinique de l'ataxie, de l'atrophie musculaire, de la sclérose latérale amyotrophique que M. Charcot nous a révélée, mais tous n'en connaissent pas les lésions. M. Damaschino les fait, ou les fera plutôt passer, grandies, très accentuées devant les yeux de ses auditeurs, sans user d'intermédiaires, de tableaux projetant la pièce qu'il a préparée lui-même avec son habileté bien connue qui déjà, il y a bien longtemps, lui a fait faire dans cet ordre d'idées, des découvertes de la plus haute importance. Les élèves ont d'ailleurs compris tout ce qu'ils devaient à ces maîtres dont le plus grand souci était de travailler pour leur instruction, et la véritable ovation qui a accueilli le professeur à son entrée nous a montré une fois de plus qu'ils savaient apprécier à leur juste mérite les efforts et les qualités qui ont placé M. Damaschino au rang des professeurs les plus appréciés et les plus sympathiques de la Faculté.

Ouverture du cours d'obstétrique et de gynécologie. — M. Tarnier.

Mercredi 24 mars, M. Tarnier a commencé son cours d'obstétrique dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Pendant ce semestre, le professeur, poursuivant le programme qu'il s'est tracé dès le début de son enseignement et qui doit être parcouru en entier dans un cycle de quatre années, consacrera sa troisième série de leçons à faire l'exposé de la pathologie de la grossesse, précédé de l'étude de l'accouchement prématuré artificiel et de l'opération césarienne.

De ce que l'enseignement des accouchements tel qu'a entendu le faire M. Tarnier, c'est-à-dire avec tous les détails que comporte l'état actuel de la science et l'exposé des nouvelles méthodes, demande pour être présenté au complet une succession de quatre semestres, il ne s'ensuit pas que l'étudiant doive nécessairement consacrer un laps de temps aussi étendu pour acquérir les notices indispensables pour la pratique courante. Grâce à une innovation dont nous n'avons jamais négligé l'occasion de féliciter chaudement la Faculté, innovation féconde, ces résultats heureux en particulier dans le ressort de l'obstétrique, des cours auxiliaires et complémentaires ont été institués. Ces cours sont professés par les agrégés sous la direction des professeurs. Ainsi, cette année, l'étudiant aura pu dans le cours des deux semestres scolaires parfaire entièrement son éducation obstétricale grâce au cours de M. Tarnier et grâce aux leçons complémentaires qui ont été professées cet hiver et qui doivent l'être cet été par M. Pinard.

Le cours de M. Tarnier ne peut qu'être très profitable à tous, étudiants qui viennent apprendre, comme praticiens qui viennent compléter ou rectifier les notions déjà acquises. Loin de se contenter de présenter et de resasser de simples chapitres de manuels, le professeur expose les données les plus nouvelles de la science et les améliorations les plus récentes qui ont été apportées à la pratique des accouchements. Personne, d'ailleurs, n'est mieux en mesure de faire cet exposé que lui, qui est, nul ne saurait le nier, un des grands fauteurs du progrès en obstétrique.

Il y a deux ans, lors de son premier cours, M. Tarnier montrait et prouvait, sa statistique personnelle en main, comment devait être jugulée la fièvre puerpérale, par l'application des méthodes antiseptiques au traitement des femmes en couches, mode de thérapeutique dont il a été l'instigateur.

Après les mères, les nouveau-nés. Pour la sauvegarde de ces derniers, c'est encore aux efforts de M. Tarnier que l'obstétrique est redevable de puissantes améliorations. Cette année, au début de son cours, le professeur montra comment il est parvenu, dans ces derniers temps et de par la méthode antiseptique, à réduire à néant la mortalité des femmes soumises à ce genre d'opérations, et comment, par un ensemble de soins qu'il fera connaître dans la suite de ce cours, il a pu abaisser la proposition de léthalité pour les nouveau-nés avant terme, de deux tiers pour cent à moins d'un tiers. Encore comprend-il dans sa statistique nombre d'enfants nés viables au terme de six mois, et demeurés vivants. Voici donc, à l'heure actuelle, l'accoucheur d'accord avec le législateur pour fixer le point de la viabilité fœtale des 180 jours de la grossesse. Peut-être n'est-il pas téméraire de supposer que le progrès ira plus loin dans cette voie et que le jour viendra où le législateur devra toucher à l'arche sacro-sainte du code et se verra forcé d'avancer le terme légal de la viabilité !

Ce n'est pas seulement l'intérêt pratique qui appelle un nombreux auditoire à ce cours, mais aussi la forme attrayante que le professeur sait donner à ses leçons. L'étudiant y trouve, en effet, à côté des avantages de l'enseignement technique, c'est-à-dire la suite dans l'exposition et l'enchaînement dans les sujets, le charme de l'enseignement clinique qui fixe le souvenir par des exemples, grâce aux citations de nombreuses observations que nul, mieux que M. Tarnier, n'est à même de puiser dans une expérience peu éclairée et peu étendue.

Ouverture du cours de pathologie générale. — M. Bouchard.

M. Bouchard a, mardi dernier, à 5 heures, repris la série de ses cours. Ce semestre doit être consacré à l'étude des accidents dentéropathiques dans les maladies, considérées surtout quant à leur mode de production.

Le professeur commence par donner un aperçu général de la question qu'il se propose de traiter. Si, dit-il, dans une pneumonie, dans une fièvre typhoïde, dans un phlegmon gangreneux on voit se produire bien souvent un syndrôme à peu près identique dans tous les cas, l'ataxo-adynamie, caractérisée par des phénomènes nerveux spéciaux plus ou moins intenses, à quoi cela tient-il ? Est-ce à la lésion locale : hépatisation pulmonaire, ulcérations intestinales, suppuration du tissu conjonctif? Non certes, car des altérations bien plus étendues des mêmes organes s'observent sans que le syndrôme ataxo-adynamie se montre ; la cause de celui-ci est donc autre. Est-ce à l'hyperthermie? Pas davantage ; de bien plus hautes températures peuvent être notées pendant un temps prolongé sans que rien de semblable s'observe. De même tout s'oppose à ce que l'on admette une simple action réflexe déterminée sur le système nerveux par la souffrance de l'organisme.

Quel est donc le mécanisme de production de ce redoutable syndrôme ? Une intoxication, conclut M. le professeur Bouchard, et il le prouve en rappelant les conclusions de ses recherches si remarquables des années précédentes. Mais il faut porter encore plus loin l'analyse et chercher d'où provient ce poison. On pourrait penser qu'il est purement et simplement fabriqué par des microbes, il n'en est rien, car si on étudie ce qui se passe dans une néphrite

expérimentale déterminée par l'injection intra-vésicale du micrococcus ureæ qui, on le sait, jouit de la propriété de fabriquer du carbonate d'ammoniaque, on voit, il est vrai, se produire le syndrôme ataxo-adynamie, mais sans que dans le sang ni les viscères il existe de carbonate d'ammoniaque. Le poison n'est donc pas dû au microbe. C'est l'organisme lui-même qui le fabrique, et qui plus est, non seulement pendant la maladie, mais encore dans l'état de santé; c'est là en un mot un poison normal.

M. Bouchard a montré à une autre époque qu'il s'agit là non d'une seule, mais très certainement de plusieurs substances toxiques isolables en partie chimiquement, plus nettement encore par leurs réactions physiologiques. On comprend aisément que dans certaines circonstances, et c'est le cas pour les maladies dont il était question plus haut, l'intoxication se produira lorsque les poisons se seront accumulés dans l'organisme par suite d'un apport trop abondant, ou bien d'une production exagérée, ou enfin d'une élimination ou d'une destruction insuffisantes (on sait en effet maintenant quel rôle protecteur joue le foie vis-à-vis de l'organisme, puisqu'à lui seul il détruit ou élimine à l'état de matières colorantes plus de la moitié des substances toxiques en circulation). Il est donc absolument nécessaire d'étudier d'une façon toute spéciale les troubles fonctionnels des grands appareils, comme causes d'accidents denthéropathiques dans les maladies, si l'on veut se rendre compte de l'évolution clinique de celles-ci. Tel est, nous l'avons dit, le sujet que se propose de traiter M. le professeur Bouchard.

Cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Joffroy.

M. Joffroy a commencé son cours de pathologie interne le mercredi 24 mars, à cinq heures, dans l'amphithéâtre Laennec. M. Joffroy se propose de traiter, durant ce semestre d'été, les maladies générales, les pyrexies, les intoxications. La première leçon a été consacrée à l'étude des maladies générales, envisagées dans leurs rapports avec les maladies locales, à la différenciation entre les pyrexies et les intoxications. Ces considérations d'ordre général ont amené le professeur à esquisser les grands problèmes scientifiques qui sont à l'ordre du jour, à préciser le rôle et l'influence des microbes au point de vue de la genèse des maladies, à choisir la production et la valeur des alcaloïdes cadavériques ou pathologiques, les ptomaïnes et les leucomaïnes, etc. L'enseignement de M. Joffroy sera certainement recherché par les élèves, qui apprécieront sa vaste érudition, servie par une parole nette, sobre et concise. Les leçons de M. Joffroy auront lieu les lundi, mercredi et vendredi à cinq heures.

Ouverture du cours complémentaire d'anatomie pathologique. — M. Hanot.

M. Hanot a commencé son cours mardi dernier à l'école pratique devant un auditoire trop peu nombreux. L'anatomie pathologique du système cardio-vasculaire sera le sujet des leçons du semestre d'été. M. Hanot, dans sa première leçon, a surtout signalé les écueils et les difficultés qui se présentent dans l'étude de cette partie de l'anatomie pathologique. En parlant de l'athérome du système veineux le professeur a constaté sa rareté entre autres dans l'artère pulmonaire. Nous ne saurions partager cet avis. L'athérome est d'une grande fréquence dans l'artère pulmonaire; si quelques médecins ne le constatent que rarement, cela tient simplement à ce qu'ils pratiquent presque toujours des autopsies très incomplètes, que très rarement même dans des autopsies bien faites les diverses ramifications de l'artère sont ouvertes. On rencontre de même fréquemment l'athérome au niveau de l'origine de la carotide primitive droite, lieu de prédisposition également pour la thrombose.

A propos de l'athérome, nous ajouterons que celui-ci est presque de règle, normal pour ainsi dire, même chez les enfants, dans l'espace sous-aortique, et cela en dehors de toute influence pathologique (syphilis, rachitisme, etc.).

M. Hanot a appelé l'attention des élèves sur les travaux de M. Benеke (de Marbourg) (1) sur le calibre des vaisseaux dans certaines affections. Il a fait observer que de nouvelles recherches de contrôle seraient nécessaires pour infirmer ou confirmer certaines assertions intéressantes de cet auteur (2). Pendant plusieurs mois, en 1878-1879, M. Zahn (de Genève) a relevé avec soin sur tous les cadavres du service d'autopsie, les dimensions des artères principales (aorte, artère pulmonaire, carotides, sous-clavières, iliaques, hypogastriques, etc.). Nous nous étonnons que ce professeur n'ait pas même utilisé ces matériaux; il lui suffisait, en effet, de très peu de jours pour faire les relevés nécessaires et ajouter quelques réflexions. Nous serions heureux que la leçon de M. Hanot fît sortir M. Zahn de son indifférence en l'excitant à publier, ou à faire publier par un de ses élèves, ses intéressantes recherches (3). Nous ne saurions trop recommander aux élèves qui s'intéressent à l'anatomie pathologique de suivre le cours de M. Hanot; sûrement ils en tireront un réel profit si, comme nous en avons l'espoir, M. Hanot ne fait pas seulement des leçons théoriques, mais les accompagnent de démonstrations sur des pièces soit fraîches, soit conservées. A cet égard il est très regrettable, répéterons-nous, de voir que le défaut d'organisation de services d'autopsies, de bâtiments spéciaux suffisants pour l'anatomie pathologique, soit une des principales causes de la difficulté qu'ont les professeurs à rendre leur cours le plus pratique possible, cours qui devrait avoir toujours lieu dans les laboratoires ou amphithéâtres annexés à la salle d'autopsies.

(1) Beneke. — *Ueber d. Weite d. Aorta thoraca u. Aorta abdomn.*, 1879; — *Ueber d. Volumen d. Herzens u. d. Umfauge d. Grossen Arterien d. Menschen in d. Versch. Libensalterra*, 1880; — *Ueber d. Volumen d. Herzens u. d. Weite d. Arteria pulm. u. Aorta ascendens in d. versch. Lebensaltern*, 1879.

(2) Nous signalerons, du reste, le travail de M. Buhl postérieur à ceux de Beneke; il porte sur 100 autopsies (62 hommes, 38 femmes). *Meinungen der Herzrentrikel und der Grossen Gefasse* (*Mittheil. aus dem path. Institut zu Munchen*).

(3) Le peu de travaux sortis du laboratoire d'anatomie pathologique de Genève tient, sans aucun doute, à ce que à Genève comme dans certaines de nos facultés françaises, le professeur d'anatomie pathologique fait de la clientèle, ce qui n'est point le cas en Allemagne (N. de la Réd.)

Journaux. — Le Dr P.-J. Möbius, vient de prendre avec le Dr H. Dippe la direction des *Schmidt's Jahbrucher* consacrés comme on sait à l'analyse des travaux de quelque importance parus dans les différentes branches de la médecine. Nul doute que la direction de M. Möbius qui, depuis plusieurs années déjà, était un des collaborateurs les plus actifs et les plus compétents de ce recueil ne soit favorablement accueillie du public médical; d'autant plus que les nouveaux rédacteurs manifestent la ferme intention de donner les comptes rendus des ouvrages très peu de temps après la publication de ceux-ci; toutes les conditions se trouveront donc dès lors réunies pour mettre ce recueil hors de pair. Le mode de publication (un numéro mensuel), est d'ailleurs particulièrement favorable à la rapidité des informations, tout en ne créant aucune difficulté pour les recherches bibliographiques. Les revues générales contenues dans chaque volume sont généralement très soignées, celle du dernier numéro (1886, n° 1), sur la technique dans les recherches de bactériologie est particulièrement intéressante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 mars 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Ch. Bouchard communique les résultats de ses recherches *sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire.* L'homme est, comme les autres animaux, incessamment traversé par des poisons venus de sources diverses, introduits ou formés dans son corps. Et cependant, à l'état normal, il ne s'empoisonne pas, car il est prémuni contre cette intoxication toujours imminente par trois causes principales : 1° les oxydations intra-organiques qui détruisent certains poisons ; 2° le foie qui en arrête et en détruit d'autres; 3° les émonctoires qui en excrètent la plus grande partie. On peut apprécier le degré de toxicité des poisons qui traversent l'organisme en calculant quelle masse de matière vivante peut être tuée par les matières qu'élimine en un temps donné chaque organe d'excrétion. M. Bouchard appelle *toxie* l'unité toxique, c'est-à-dire ce qui est nécessaire pour tuer 1 kg. de matière vivante.

La toxicité de l'urine normale est aujourd'hui démontrée. L'injection intra-veineuse chez le lapin de 10 à 15 centigr. de cette urine est accompagnée d'une contraction des pupilles, d'une accélération des mouvements respiratoires, de somnolence, de fréquentes mictions d'hypothermie, de diminution des réflexes, etc. ; la mort arrive en général sans convulsion. Si la dose d'urine injectée est insuffisante, l'animal reste dans le coma, en résolution, respirant faiblement, réfrigéré, avec myosis et dilatation des vaisseaux superficiels. L'urine ne tue ni par action mécanique, ni par action physique sur le sang, elle tue par les matières qu'elle tient en dissolution. L'homme adulte, bien portant, élimine en vingt-quatre heures, par chaque kilogramme de son poids, une quantité de poison urinaire capable de tuer 465 gr. de matière vivante : il met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire qui serait capable de l'intoxiquer lui-même.

M. Laffont étudie *la mort apparente qui survient à la suite de l'excitation du nerf vague chez les animaux anesthésiés.* Chez la plupart des animaux dont, à l'état normal, les nerfs vagues sont très excitables, la faradisation du nerf d'arrêt intact, chez l'animal anesthésié, produit une inhibition complète de tous les phénomènes vitaux, semblable à celle que M. Brown-Sequard a obtenue par des actions directes ou réflexes sur les centres nerveux. Le cœur s'arrête, ainsi que la respiration, le sang resto rouge dans les vaisseaux, et le seul indice certain que les fonctions se rétabliront, au bout d'un long intervalle de mort apparente, est que la pupille redevient punctiforme après l'excitation.

M. G. Hayem a fait de nouvelles recherches *sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine.* Parmi ces substances, les unes, tout en transformant la matière colorante, respectent les globules en tant qu'éléments anatomiques ; les autres en altèrent, au contraire, la structure et les détruisent avec une puissance variable. L'action des agents de la première classe (nitrite d'amyle, kairine) se résume en une transformation de l'hémoglobine globulaire sans autre altération des hématies ni du sang. La seconde classe comprend les matières qui forment de la méthémoglobine et altèrent en même temps les hématies (acide pyrogallique, chlorates, ferricyanures, etc). Or, quand la méthémoglobine est formée aux dépens de l'hémoglobine globulaire, elle est réduite rapidement en hémoglobine dans l'organisme : une fois l'élimination du médicament devenue complète, le sang reprend ses caractères normaux et reste aussi riche en hématies qu'avant l'intervention. Au contraire, la méthémoglobine formée aux dépens de l hémoglobine libérée est définitive, et elle disparait comme produit d'oxydation. Dans la pratique, la distinction établie par M. Hayem apporte ainsi de nouvelles notions pour le choix des médicaments.

M. Muntz donne les conclusions suivantes à son travail sur *les éléments du sucre de lait dans les plantes.* 1° Les corps muqueux des plantes, gommes, mucilages, corps pectiques, contiennent dans les produits de leur dédoublement du galactose identique avec celui du sucre de lait.— 2° Ces corps muqueux existent dans les aliments végétaux en quantité telle qu'ils peuvent fournir le galactose qui entre dans la constitution du sucre de lait sécrété par les glandes mammaires des femelles des herbivores.

P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 mars 1886. — Présidence de M. Gréhant.

M. Déjerine dépose une note de M. Leloir dans laquelle celui-ci réclame la priorité pour le procédé de diagnostic du chancre mou exposé par M. Balzer dans la précédente séance.

M. Balzer répond que ses recherches sont commencées depuis plus de deux ans, ainsi que le prouvent ses observations et qu'enfin il a établi comme règle ce que M. Leloir n'a signalé qu'incidemment et sans y attacher une importance véritable.

MM. Gréhant et Quinquaud présentent le résultat de leurs recherches sur la mesure du volume du sang qui traverse les poumons dans un temps donné. Ils prennent simultanément du sang dans le cœur droit et dans la carotide, font l'extinction des gaz et la différence qui existe entre ces derniers dans le sang veineux et dans le sang artériel leur permet de calculer le poids d'acide carbonique que 100 centimètres cubes de sang perdent en traversant les poumons. D'autre part, ils déterminent le poids d'acide carbonique que l'animal exhale en une minute et en divisant ce second poids par le premier ils obtiennent le nombre par lequel il faut multiplier 100 cent. c. pour avoir le volume de sang qui traverse le poumon en une minute. En opérant ainsi, les auteurs trouvent, pour divers chiens, que le volume du sang qui a traversé les poumons en une minute varie entre 591 et 2.614 cent. c.

M. Gréhant insiste sur la nécessité dans laquelle on se trouve de faire l'extraction simultanée de deux sangs.

M. d'Arsonval décrit un appareil qu'il a institué pour infuser la quantité d'acide carbonique exhalé pendant l'expiration. Il résulte de ses recherches que l'exhalation du CO^2 loin d'être continue comme on le supposait est, au contraire, discontinue et que le même coup de soufflet pulmonaire ne donne pas la même quantité de gaz. L'appareil construit par M. d'Arsonval s'applique également à l'étude de l'élimination de l'urée. Tous les résultats s'inscrivent sur un tambour enregistreur, ce qui permet de se rendre compte des variations suivant les divers moments du jour ou de la nuit

M. Gréhant dit que les faits annoncés par M. d'Arsonval sont en contradiction avec les résultats qu'il a obtenus avec M. Quinquaud. Il a toujours vu la quantité de CO^2 être proportionnelle au temps et il est difficile de comprendre qu'il en soit autrement : le poumon secrétant pour ainsi dire et, suivant cet auteur, l'acide carbonique à la façon d'une glande.

M. d'Arsonval repousse l'assimilation du poumon à une glande : il existe là une tension de dissolution qui mieux que toute secrétion régulariserait le dégagement.

M. Henneguy présente de la part de M. Dumaige un petit microtome complet et très portatif.

M. Gréhant avait énoncé et il croyait avoir prouvé que l'oxyde de carbone introduit dans le sang était éliminé en nature. Il pensait avoir établi sa théorie sur des bases assez solides pour qu'elles fussent inattaquables. Cependant ses conclusions ont été niées par un chimiste travaillant à Zurich, Kreil, et il faut bien dire que les objections qui ont été présentées paraissaient de la plus grande valeur. M. Gréhant s'est de nouveau mis à travailler la question, il a repris les procédés employés par Kreis et il est en mesure

de démontrer aujourd'hui que cet auteur s'est manifestement trompé dans ses expériences. L'élimination de l'oxyde de carbone se fait donc complètement en nature.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mars. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale. Au premier tour de scrutin, sur 76 votants. M. Gallard obtient 47 suffrages, M. Ollivier 23, M. Motet 3, M. Magnan, 3. En conséquence, M. Gallard est proclamé membre de l'Académie. L'élection d'un correspondant national donne les résultats suivants : Votants, 78, majorité, 40. M. Heurtaux (de Nantes) obtient 42 voix, M. Paulet (de Lyon) 25, M. Thomas (de Tours) 5, M. Dezanneau (d'Angers) 3, M. Surmay (de Ham) 2. M. Demons (de Bordeaux) 1. M. Heurtaux est donc nommé correspondant national de l'Académie.

M. GIRAUD-TEULON, en son nom et celui de M. Mathias-Duval, donne lecture d'un rapport sur le travail de M. Zimmermann, médecin-major au 119e de ligne. Ce travail a trait à une théorie nouvelle de l'accommodation de l'œil aux distances. Pour l'auteur, cette accommodation aurait lieu par la seule action des muscles droits. Cette théorie avait déjà été invoquée et admise par Rohault et Treviranus; les recherches de Young et de Cramer en ont démontré la fausseté et depuis lors tous les livres classiques en ont donné la réfutation.

M. LEBLANC, après avoir montré par des observations, la nocuité des viandes provenant d'animaux malades et avoir rendu justice à M. Pasteur pour les services rendus à l'agriculture par sa méthode de vaccination charbonneuse, aborde la question si discutée et controversée de la contagion et de sa nature. Il n'admet pas que le microbe soit la cause unique indispensable de la contagion; car, si pour un certain nombre de maladies (charbon, choléra des poules, rouget du porc) l'élément vivant a été trouvé et démontré, pour d'autres il reste totalement inconnu (rage, clavelée, cow-pox, horse-pox, gourme, maladie des chiens). D'un autre côté, on le décrit là où la contagion est presque nulle (fièvres paludéennes).

Sauf pour le charbon bactéridien, la préexistence du microbe vivant dans l'air, dans le sol ou à sa surface, ou dans l'eau, n'a jamais été démontrée et M. Leblanc se refuse à admettre la possibilité de contagion par un germe vivant venu des cadavres. Pour détruire la valeur des observations contraires à la doctrine microbienne on a invoqué la prédisposition, on l'a étendue à des races entières; on a admis la durée illimitée de l'incubation des maladies contagieuses, mais tout cela n'est qu'hypothèses et conjectures et l'on ferait sagement de s'en tenir pour le moment à la prédisposition telle que l'entendait l'ancienne médecine. L'orateur ne peut admettre la présence d'un germe vivant dans la pneumonie à frigore et il se range à l'opinion de M. Peter sur les maladies créées par le surmenage. Celles-ci, en vétérinaire, sont au nombre de trois, ce sont : la peste bovine, la fièvre du Texas, et une affection aujourd'hui disparue qu'on observait autrefois chez les bœufs amenés à pied aux marchés de Sceaux et de Poissy; toutes trois sont contagieuses. M. Leblanc divise les maladies contagieuses en trois classes : 1° celles qui n'ont pour cause connue que la contagion, qu'elles soient microbiennes ou non, telles sont les diverses varioles ; 2° celles où la spontanéité est difficile à démontrer, telles que la morve et la rage ; 3° celles où elle est inconstable, telles que la gourme, la maladie des chiens, l'affection typhoïde du cheval.

Avec la doctrine nouvelle qui nous fait porteurs de tous les germes, nous pouvons ne prendre aucun souci de leur présence pourvu que nous évitions toute cause occasionnelle; et dès lors, toute la médecine se réduit à une question d'hygiène; mais malheureusement nous ne sommes que trop souvent forcés d'enfreindre les lois rigoureuses de l'hygiène publique et par cela même plus soumis à la contagion. M. Leblanc ne nie pas la valeur des inoculations de virus atténué par la culture. Il en reconnait les bienfaits, mais il veut q'on s'en tienne aux faits acquis, sans exagération.

Il se résume en disant qu'il n'accepte pas que la prédisposition soit la seule cause du développement des maladies microbiennes; il rend justice aux résultats obtenus par les inoculations de virus atténués, mais il signale les insuccès obtenus dans l'inoculation préventive contre la péripneumonie contagieuse et dans celle du horse-pox contre la gourme. Il se rallie à l'opinion de M. de Ranse qui a fait ressortir les doutes que doit inspirer à tout esprit sage la multiplicité et la variabilité des germes qu'on veut imposer comme cause des maladies contagieuses. Enfin, pour les partisans comme pour les adversaires des doctrines microbiennes, il est un terrain neutre où cependant ils peuvent se rencontrer, c'est celui de l'hygiène publique et de la police sanitaire dont l'importance croit et s'augmente de jour en jour.

M. TILLAUX vient répondre à certaines assertions émises dans la précédente séance par M. Le Fort, au sujet de la méthode antiseptique. Dans sa statistique sur les amputations de cuisse, M. Le Fort aurait dû comprendre aussi bien les amputations de cause traumatique que celles de cause spontanée ; ces dernières qui sont faites pour des tumeurs blanches, des caries, sont, en effet, les seules qui soient justiciables de l'antisepsie. Pour son compte, M. Tillaux a, en 1883, à l'hôpital Beaujon, pratiqué seize amputations et résections ; il a eu 14 guérisons et précisément les deux cas de mort se sont montrés chez deux amputés de cuisse de cause traumatique. Du reste, pour qu'une statistique pût prouver quelque chose, il faudrait qu'elle comprît non seulement les amputations, mais bien toutes les opérations pratiquées dans un service. Pour M. Le Fort, les accidents des plaies sont dus à des germes contages provenant de l'organisme et non de l'extérieur, et il marque à l'appui de son opinion les expériences de Roser et les deux amputations qu'il a récemment traitées à l'air libre. Mais si ses deux amputés ont guéri, cela ne prouve qu'une chose, c'est que dans la salle qu'ils occupaient l'air ne contenait aucun germe ou bien encore que les deux sujets n'étaient pas en état de réceptivité.

Les adversaires de M. Le Fort, ceux qui croient que les germes viennent de l'extérieur, n'ont-ils pas pour eux un argument plus convaincant : les expériences de M. Guérin qui perdait tous ses amputés avant l'invention de son pansement et qui les guérissait presque tous après son introduction dans sa pratique journalière. M. Tillaux termine en disant que les accidents des plaies sont dus à des germes venus de l'extérieur ; que ces accidents peuvent être évités par le chirurgien et que, lorsqu'ils se manifestent, ils peuvent être expliqués par une faute commise dans l'application des règles antiseptiques.

M. LE FORT fait remarquer que la statistique apportée par lui provient de toutes les opérations de son service, par conséquent la distinction réclamée par M. Tillaux se trouve indiquée. Il n'a jamais nié la méthode antiseptique; il diffère seulement d'opinion avec M. Tillaux sur l'interprétation de l'action de la méthode antiseptique. Il croit, en effet, que la contagion se fait directement par le contact du linge, d'éponges, d'instruments, mais non point par le transport des germes par l'air. De plus, il pense que dans quelques cas, les maladies contagieuses peuvent naître dans l'intérieur de l'organisme, mais ces divergences d'interprétation ne l'empêchent point de proclamer bien haut les bienfaits de l'antisepsie et le progrès dont la chirurgie lui est redevable.

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. GÉRIN-ROSE expose les résultats de sa statistique des fièvres typhoïdes observées dans trois hôpitaux. Le nombre total des cas est de 382. Sur ces observations 204 proviennent

de Tenon et de Bichat et on n'y trouve que deux faits de contagion dans les salles, tandis que sur les 178 cas observés à Lariboisière, on note 13 cas de contagion nosocomiale. Ceci tient probablement à l'hygiène générale, bonne dans les deux premiers hôpitaux, et bien moins satisfaisante à Lariboisière.

M. Duguet qui a pu observer un grand nombre de faits de fièvre typhoïde, puisqu'il a eu parfois en même temps jusqu'à 80 cas, n'a eu en 3 ans que 9 cas de contagion dans les salles, et sur ces neuf malades, deux moururent. A noter la fréquence des malades atteints de kystes hydatiques du poumon ou du foie : 3 sur ces neuf malades.

M. Alb. Robin, sur 307 cas de fièvre typhoide qu'il a observés depuis 1881 a noté quatre cas de contagion.

M. Desnos en a vu assez récemment deux cas dans ses salles.

M. Moutard-Martin, à propos du fait de pleurésie hémorrhagique, rapporté par M. Dieulafoy dans la précédente séance, rappelle les conclusions de sa thèse de 1878 ; il fait remarquer qu'il avait aussi dit que les pleurésies hémorrhagiques à *l'œil nu* c'est-à-dire dont le liquide renferme une notable quantité de sang, ne suppurent jamais. Il pense que fort souvent il se développe autour des noyaux cancéreux des fausses membranes, formant de la pachypleurite, qui en se déchirant donnent lieu à l'hémorrhagie ; dans ces cas, on peut assécher la plèvre par une série de ponctions répétées, ainsi que l'a fait M. Dieulafoy ; si au contraire le sang provient des masses cancéreuses elles-mêmes, il est vraisemblable que jamais on ne pourra tarir le liquide hémorrhagique de la plèvre.

M. Gouguenheim ayant précisément présenté des pièces de cancer primitif de la plèvre avec pleurésie hémorrhagique, M. Moutard-Martin émet l'hypothèse que le sang pouvait bien provenir des fausses membranes pleurales ; le présentateur pense au contraire que ce sang venait de la masse cancéreuse elle-même.

M. Dieulafoy fait remarquer que dans ces cas le point d'origine de l'hémorrhagie est difficile à déterminer; parfois en effet, les fausses membranes peuvent être incriminées ; mais parfois aussi un cancer tout à fait au début peut donner lieu à un écoulement sanguin considérable.

M. Debove rapporte de nouvelles expériences sur l'action de l'eau sur la nutrition, expériences faites avec le concours de M. Flamant sur 3 personnes. Chacun des trois sujets fut soumis au pénible régime de la viande crue, du pain et de l'eau ; ils maigrirent notablement tout d'abord, puis une fois l'équilibre de poids et d'excrétion d'urée établi, on augmenta la quantité d'eau ingérée; malgré cela, le poids et l'excrétion de l'urée ne furent en rien modifiés. C'est ainsi que M. Flamant, opérant sur lui-même, se soumit pendant 38 jours au régime quotidien suivant : viande crue 200 gr. ; pain 250 gr ; eau 1,250 gr. Il maigrit notablement ; après 10 jours, la ration d'eau fut portée à 3,300 gr. Il urina davantage, mais son poids ne varia pas et la quantité d'urée éliminée resta invariable. Chez un second sujet, une femme un peu chlorotique, non hystérique, soumise au régime du pain, de la viande crue et de l'eau ; la quantité de cette dernière portée de 1,500 à 2,300 ne produisit non plus aucun changement. Enfin un troisième sujet qui avait pour ration 300 gr. de viande, 400 de pain et 1,750 d'eau, ayant augmenté cette dernière quantité jusqu'à atteindre 3 750 gr. conserva le même poids et ne rendit ni plus ni moins d'urée. M. Debove conclut donc de là que la quantité d'eau ingérée n'a aucune influence, ni sur le poids du malade ni sur la quantité d'urée excrétée en 24 heures ; il répond ensuite aux différentes objections que sa précédente communication avait soulevées. Il critique particulièrement les expériences déjà anciennes de Genth (1856), qui lui avaient été opposées, il les déclare inexactes et certainement entachées de nombreuses causes d'erreur.

M. Robin défend son mémoire attaqué ; il objecte à M. Debove que si ses sujets n'ont plus varié ni comme poids ni comme excrétion d'urée, c'est que le régime auquel ils étaient soumis les avait fait maigrir au maximum, que dès lors ils n'avaient plus rien de superflu à éliminer, et que par conséquent l'excès d'eau ne pouvait plus rien produire sur eux. D'ailleurs il se réserve de répondre plus longuement.

M. Cadet de Gassicourt donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Triboulet. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 *mars* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Nicaise présente un malade qui a subi successivement l'amputation de la jambe et l'amputation de l'avant-bras pour des lésions osseuses tuberculeuses. Le malade était cachectique, cependant il ne présentait aucun symptôme de tuberculose viscérale ; les interventions successives l'ont sauvé. M. Nicaise se demande si cette forme de tuberculose limitée aux os ne constitue pas un type clinique spécial, contre lequel la chirurgie est toute puissante.

M. Reclus raconte l'histoire d'un malade, âgé de 56 ans, qui présenta successivement des lésions tuberculeuses des os et du tissu cellulaire et qui avait eu dans son enfance des hémophtysies répétées. Ce fait semblerait indiquer une de ces formes de tuberculoses qui évoluent avec une extrême lenteur.

M. Le Fort présente un enfant de 13 ans porteur d'une tumeur orbitaire de diagnostic embarrassant.

M. Trélat croit qu'il s'agit d'un abcès sous-périostique réchauffé.

M. Verneuil tendrait plutôt à admettre un kyste enflammé.

M. Sée en fait un abcès froid d'origine osseuse.

M. Horteloup, président, fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le Dr Gillette.

La séance est levée en signe de deuil.

Paul Poirier.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

V. L'hérédité dans les maladies du système nerveux, par J. Déjerine. 1 vol. de 300 pages. Paris). — Asselin, 1886.

V. Il était difficile, en un temps aussi court que celui qui est accordé aux candidats à l'agrégation, de traiter d'une façon complète la question de l'hérédité; aussi la thèse de M. Déjerine est-elle un peu trop abrégée dans certaines de ses parties. Si ce reproche peut être, entre autres, adressé à notre ami et collaborateur en ce qui concerne, par exemple, l'idiotie, nous pouvons de suite ajouter que rarement l'hérédité de la plupart des affections du système nerveux n'a été traité avec autant de développement et de compétence.

Citons en particulier le paragraphe intéressant (p. 40 à p. 92) consacré à la *folie des dégénérés* (folie héréditaire), et l'étude du *délire chronique* de M. Magnan.

Dans un premier chapitre, M. Déjerine traite de l'hérédité en général ; il accepte avec quelques réserves les lois édictées par Darwin, et passe en revue les opinions des principaux auteurs qui se sont occupés de la question de l'hérédité (Ribot, Hœckel, Lucas, etc.). Nous signalerons tout particulièrement une analyse intéressante des travaux récents de MM. Weesmann et Virchow, dont il est question pour la première fois, croyons-nous, dans un ouvrage français.

Un second chapitre est consacré à l'hérédité nerveuse en général. M. Déjerine a adopté, pour l'étude de l'hérédité des maladies du système nerveux, une division de ces maladies (basée sur l'anatomie pathologique) en deux grands groupes : le premier comprend les affections du système nerveux sans lésions anatomiques appréciables actuellement ; le second, les affections à lésions anatomiques constantes.

Premier groupe. — *L'hérédité psychologique morbide sous toutes ses formes*, puis *l'épilepsie*, *l'hystérie*, certaines *chorées*, la *maladie de Parkinson*, le *goitre exophthalmique*, la *neurasthénie*, les affections *convulsives*, les *névroses vasomotrices* et *trophiques*, etc., sont l'objet d'une étude approfondie de la part de M. Déjerine.

Les parties de ce chapitre (III) concernant les psychoses ne constituent pas seulement une étude de l'étiologie héréditaire de ces affections, mais encore une véritable classification qui, sous certains rapports, est tout à fait neuve et originale, et dont les éléments ont été fournis par M. Magnan.

Ce chapitre contient un grand nombre de tableaux généalogiques du plus grand intérêt (V à LI incl.), dont 19 inédits et personnels. Nous nous bornerons à signaler ceux hors texte de la maison royale d'Espagne et le tableau XI, XII (p. 152). Le paragraphe consacré à l'*épilepsie idiopathique* ne contient pas moins de 20 pages; on y trouve des documents nouveaux fournis par M. Bourneville; il est regrettable que le peu de temps dont disposait M. Déjerine ne lui ait pas permis de compulser toutes les observations de ce service; toutefois, les 350 observations avec autopsies, sauf quelques-unes, dont il est fait mention, n'en constituent pas moins un élément intéressant de ce paragraphe (1). Cette étude sera prochainement complétée par l'examen de près d'un millier d'autres observations de malades, encore vivants, recueillies soit à la Salpêtrière, soit à Bicêtre.

Les *chorées héréditaires* (Huntigton) méritent une mention spéciale. Il s'agit d'une affection qui n'a pas encore été décrite chez nous.

On pourrait faire remarquer que ce premier groupe comprend un certain nombre de psychoses qui, dès maintenant, auraient pu être reportées dans le second; c'est ainsi que nous pensons que les quelques pages consacrées à l'idiotie auraient dû en être détachées; nous croyons en effet que l'idiotie est toujours, à peu d'exceptions près, symptomatique de lésions, non pas à rechercher, mais de lésions macroscopiques faciles à voir, sinon à déterminer. M. Déjerine, à cet égard, adopte la classification de M. Magnan.

SECOND GROUPE. — Le chapitre IV est entièrement consacré aux affections du système nerveux avec lésions anatomiques. La *paralysie générale*, les *maladies de la moelle épinière* qui ont été de la part de M. Déjerine l'objet de travaux originaux bien connus de nos lecteurs, les *atrophies musculaires* sont successivement étudiées au point de vue de l'hérédité (19 tabl., 12 originaux).

A propos de l'hérédité de la paralysie générale, M. Déjerine dit (p. 177) qu' « il n'existe pas de *paralysie générale syphilitique*, mais bien une paralysie générale des syphilitiques. » Nous croyons cette assertion un peu trop affirmative, surtout après les caractères différentiels donnés par M. Fournier entre la paralysie générale commune, qu'elle existe sans ou avec syphilis antérieure, et la pseudo paralysie générale, nettement syphilitique; sans nous prononcer sur les opinions divergentes des auteurs à propos de cette affection, nous croyons qu'il y aurait lieu, avant de rejeter la pseudo-paralysie générale, de démontrer d'abord que celle-ci ne se différencie pas de la paralysie générale ordinaire (paralysies partielles, hémiplégie, cachexie syphilitique, absence de délire des grandeurs, etc., dans la pseudo-paralysie générale). En effet, pour les *méningites tuberculeuses* comme pour les méningites syphilitiques, M. Déjerine ne croit pas à l'influence de l'hérédité.

L'hérédité au cours des *maladies infectieuses* et des *intoxications* fait l'objet du chapitre V, où se trouvent analysés tous les travaux, épars jusqu'à présent. Cette hérédité est traitée pour la première fois d'une façon complète.

M. Déjerine a (p. 228) involontairement commis un oubli que nous regrettons; en citant les auteurs qui se sont occupés de l'*hémiatrophie cérébrale* il a omis l'indication de l'excellente thèse de notre ami Vuillamier; le même oubli a du reste été commis par d'autres auteurs, entre autres par M. Gaudard. Du reste, M. Déjerine nie formellement toute influence héréditaire dans cette affection. A la suite, M. Déjerine consacre un paragraphe à l'étude du rôle joué par l'hérédité dans certaines intoxications (alcool, opium, etc.).

Après avoir étudié dans le chapitre VI des relations qui existent au point de vue de l'hérédité entre les affections du *système nerveux* et *certaines maladies générales* (goutte, arthritisme, rhumatisme), M. Déjerine termine en disant (chap. VII) que l'hérédité n'est pas toujours indispensable au développement des maladies nerveuses et fait jouer un certain rôle à l'état mental des parents au moment de la conception ainsi qu'aux arrêts de développement et aux maladies du fœtus.

L'auteur conclut en disant que du fait de la sélection intellectuelle, conséquence du résultat de la civilisation, le nombre des affections du système nerveux doit aller toujours en augmentant. M. Déjerine tend à regarder la neurasthénie comme le type *ancestral* d'où dérive du fait de l'hérédité plus ou moins convergente toutes les affections du système nerveux.

La thèse de M. Déjerine est accompagnée d'un index bibliographique (p. 269-287) très complet, dont toutes les indications ont été vérifiées aux sources mêmes; nous ferons à M. Déjerine un seul reproche, reproche que l'on a rarement l'occasion d'adresser, c'est d'avoir peut-être dépassé dans certaine mesure les limites d'un index bibliographique spécial en y ajoutant l'indication d'ouvrages que l'on s'étonne de voir figurer parmi un index de bibliographie sur l'hérédité nerveuse; c'est ainsi, par exemple, que l'ouvrage de MM. Axenfeld et Huchard (*Traité des névroses*) y est indiqué bien à tort, car ce traité ne contient absolument aucune recherche personnelle sur le sujet. Pourquoi en ce cas n'avoir pas cité tous les traités de pathologique ou de clinique médicales, et même toute la bibliographie médicale; nous comprenons parfaitement que M. Déjerine ait reculé devant cette tâche qui l'aurait amené à faire un ouvrage sur la bibliographie médicale, mais alors encore une fois pourquoi avoir cité des ouvrages qui n'ont que faire avec l'hérédité et ne présentent aucune espèce d'originalité quelconque. La thèse de M. Déjerine, malgré les quelques critiques que nous venons de faire, n'en est pas moins une des meilleures qui ait jamais été soutenue pour l'agrégation; les quelques omissions que nous avons signalées sont du reste inhérentes aux conditions auxquelles sont soumis ces sortes de travaux, et non pas au mérite personnel de l'auteur, qui mieux que tout autre était à même de traiter d'une façon complète et scientifique la question de l'hérédité nerveuse. P. B.

VI. De la médication abortive; par L. de BEURMANN, médecin des hôpitaux. — Asselin et Houzeau, Paris, 1886.

VI. La médication abortive, dit M. de Beurmann, est celle qui se propose d'interrompre la maladie à un moment de son évolution naturelle. Son nom implique une comparaison nécessaire avec l'interruption d'une grossesse, terminée par l'expulsion du fœtus avant que celui-ci soit viable.

La maladie existe : elle a commencé son œuvre, la médication intervient, la suspend dans sa marche et l'enraye. Tout rentre dans l'ordre. Il ne subsiste pas de traces de son passage. Toutefois, il ne faut pas accepter cette dernière définition dans toute sa rigueur, et l'on devra, en fait, être moins exigeant : par médicaments et moyens abortifs, on entendra ceux qui guérissent d'une manière sûre et rapide, qui diminuent notablement la longueur de la maladie qui la « jugulent », mais l'on n'exigera pas qu'ils procurent la restitution *ad integrum* des organes atteints par le processus morbide, ni qu'ils interviennent dès le début de la maladie, ni même qu'ils guérissent en un temps extrêmement court.

La médication abortive, on le voit déjà, par le but qu'elle se propose, à savoir d'attaquer la maladie dans ses œuvres vives, se place entre la prophylaxie et la médecine des symptômes. En effet, trouver un moyen d'attaquer la maladie elle-même, de la dominer, de la trancher, constitue l'idéal de la thérapeutique qui, s'il était réalisé, permettrait à la fois de se consoler des imperfections de la prophylaxie et de se passer des services de la médication symptomatique.

Mais si la médication abortive est facile à définir, — si elle est conforme aux tendances les plus anciennes et les plus légitimes de la médecine, — si enfin son but est précis et son avènement désirable, avons-nous en mains les moyens de réaliser ses prétentions ?

C'est alors que M. de Beurmann examine les principaux reproches que l'on a adressés à cette méthode; d'abord celui de profiter des incertitudes du diagnostic et du pronostic; puis celui de sacrifier trop souvent le malade en voulant porter des coups mortels à la maladie. Il réfute victorieusement ces objections et montre que le premier reproche ne tient pas debout devant les statistiques et la méthode numérique, et que le raisonnement qui en fait la base conduirait, s'il était suivi jusqu'au bout, au nihilisme thérapeutique. Quant à la seconde objection combattant les tendances de la médication abortive

(1) Nous signalerons tout particulièrement l'analyse très complète d'Echeverria sur ce sujet.

au nom de la prudence, et dont l'idée a certainement en elle quelque chose de légitime, on ne peut lui faire que cette réponse, c'est que la médication abortive doit être prudente, qu'elle doit s'entourer de toutes les lumières de l'expérimentation physiologique et de tous les renseignements de la clinique; mais ce serait désespérer d'elle que de prétendre qu'elle a plus de dangers que d'avantages et que ses bienfaits sont trop chèrement achetés.

On a dit aussi qu'il n'était pas toujours bon de supprimer une manifestation morbide, même gênante, même douloureuse; que les maladies sont des crises utiles qu'il vaut mieux subir que combattre. L'argument, certes, a de la valeur, et il est clair que pour tout médecin soucieux des idées générales qui dominent la connaissance des faits isolés, la direction à imprimer à la thérapeutique dépendra avant tout de son opinion sur la nature de la maladie. Mais il faut cependant reconnaître que si la maladie est une manifestation de la nature médicatrice et conservatrice, le médecin doit être le ministre de la nature, et que rien ne lui défend d'imiter les procédés de la nature elle-même, de provoquer les crises qui marquent la guérison des maladies. Or la thérapeutique, soit en produisant des hémorrhagies, soit en suscitant des sécrétions sudorales ou urinaires, soit en déterminant des évacuations diarrhéiques, ne fait autre chose qu'imiter la nature en provoquant des cures salutaires et en mettant en jeu des moyens qui rentrent au premier chef dans la médication abortive.

Si la maladie consiste dans l'altération des solides et des liquides des organes de l'économie, il est possible de l'atteindre. En faisant disparaître ces modifications anatomiques, physiologiques, physiques ou chimiques qui la caractérisent, on lui retire son substratum, on supprime la cause de tous les troubles qui la caractérisent. Si l'on peut réussir à le faire dès les premières heures de la maladie, on la fait avorter.

Mais, cependant, diront les adversaires de la médication abortive, il existe des affections, l'attaque de goutte aiguë par exemple, qu'il faut savoir respecter, sous peine de substituer de graves dangers à une douleur temporaire. Ces affections qu'il faut savoir respecter, répond M. de Beurmann, ne méritent pas le nom de maladie. Ce sont des manifestations locales temporaires d'une cause plus générale, plus durable. En les combattant, on n'attaque pas la maladie dans son essence, mais dans un de ses résultats. Si au lieu de combattre la fluxion goutteuse par la teinture de colchique ou les applications froides, par exemple, on pouvait atteindre la dyscrasie goutteuse, modifier le vice de nutrition qui est la cause première et le lien de toutes les manifestations de la goutte, si l'on pouvait modifier la composition chimique des humeurs des goutteux, l'empêcher de produire de l'acide urique en excès ou neutraliser celui-ci à mesure qu'il est produit, on ferait de la vraie, de la bonne médication préventive. Si cette modification était permanente et définitive, ce serait même de la médication abortive, puisque l'on aurait arrêté la maladie commencée et supprimé ses effets ultérieurs. Ainsi, envisagée d'une manière générale et au point de vue théorique, la médication abortive doit toujours s'en prendre aux causes de la maladie. Quand elle parviendra à arracher de l'organisme la cause morbide, elle remplira véritablement son rôle.

Après cette longue étude doctrinale, et des plus intéressantes, sur la médication abortive, étude dont nous n'avons pu donner qu'un aperçu, M. de Beurmann rentre ensuite dans l'examen des faits. Au lieu d'énumérer les différents médicaments ou procédés abortifs dont la médication dispose, l'auteur a préféré passer en revue les maladies contre lesquelles la médication abortive dirige ses efforts les plus constants et les plus actifs. Ces maladies sont relativement peu nombreuses et la plupart sont des maladies très probablement infectieuses. Voici l'ordre adopté par M. de Beurmann : maladies locales ou localisées qui paraissent accessibles à un traitement direct (conjonctive purulente, blennorrhagie, etc.); maladies qui, après être localisées un certain temps, se généralisent ensuite plus ou moins rapidement et offrent ainsi dans leur évolution un premier stade pendant lequel elles peuvent être traitées localement (pustule maligne, infection puerpérale, etc.); maladies qui sont généralisées d'emblée, ou du moins dont nous ne connaissons l'existence que quand elles ont envahi l'organisme entier (rhumatisme articulaire, fièvre intermittente, etc.).

Les maladies dans lesquelles la médication abortive a donné des résultats soit absolus, soit incomplets jusqu'alors, sont : la conjonctivite purulente, la blennorrhagie, le furoncle, l'anthrax, le phlegmon diffus, le bubon, les inflammations aiguës et chroniques de diverses natures, la pustule maligne, la syphilis, la tuberculose, l'infection puerpérale, la rage, l'érysipèle, la pneumonie, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre intermittente.

Tous les moyens ou les procédés abortifs mis en usage dans le traitement de ces affections sont longuement étudiés par M. de Beurmann. Nous ne pouvons le suivre dans cette intéressante énumération, car il faudrait refaire l'histoire de toute une partie de la thérapeutique. Nous nous contenterons de formuler une partie de ses conclusions :

Lorsque la médication abortive combat des maladies locales, facilement accessibles à une intervention directe et énergique, elle peut guérir d'une manière rapide et certaine, comme on le voit pour la conjonctivite purulente. Sa puissance est incontestable dans les maladies qui restent localisées pendant un certain temps avant d'envahir l'organisme entier. Lorsqu'on peut, comme on le fait pour la pustule maligne, détruire sur place l'agent pathogène, on arrête pour ainsi dire la maladie dans l'œuf, on le fait avorter. C'est ce que l'on a tenté de faire en détruisant les foyers de tuberculose locale, en excisant le chancre syphilitique. C'est ce que l'on a fait aussi pour la fièvre puerpérale en poursuivant dans la cavité utérine la cause ou le point de départ de l'infection. C'est ce que réalisent, en chirurgie, les pansements antiseptiques. C'est encore le but que l'on peut atteindre, non plus en attaquant l'agent de la contagion lui-même, mais en modifiant le terrain sur lequel il doit évoluer, de manière à rendre sa multiplication et son envahissement impossibles. C'est ainsi qu'agissent les vaccinations et probablement aussi le traitement de la rage après morsure.

Certaines affections générales, telles que l'érysipèle et la pneumonie, se caractérisent par des lésions tellement localisées, qu'on peut se demander si elles ne sont pas, elles aussi, justiciables d'un traitement local destiné à combattre sur place l'agent pathogène. C'est ce que M. le Profr Lépine a tenté de faire par des injections interstitielles poussées dans le foy[illegible] d'hépatisation pulmonaire.

Mais lorsque la maladie qu'on doit combattre est manifes[illegible]ment généralisée, il n'est plus possible de recourir aux mêmes agents. Il est nécessaire que le traitement modifie l'organisme tout entier comme la maladie elle-même. Les médicaments qui réussissent en pareil cas sont ceux auxquels on a donné le nom de spécifiques. S'ils ont une action tellement particulière qu'ils méritent ce nom, c'est sans doute parce qu'ils agissent d'une manière directe ou indirecte sur la cause de la maladie dont ils entravent le développement. A ce point de vue, ce sont des abortifs. Quand ils s'adressent à une maladie aiguë, ils peuvent agir rapidement comme le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. Quand ils doivent combattre une maladie chronique comme la syphilis, les résultats de leur intervention sont forcément moins brillants. Dans tous les cas la médication abortive qui était locale et prophylactique devient ici générale et curative.

Le mot abortif perd, ainsi qu'on le voit, aux yeux de M. de Beurmann la signification étroite qu'on était habitué à lui donner et qui restreignait forcément son emploi en thérapeutique.

F. Bottey.

CORRESPONDANCE

Abus à la bibliothèque de la Faculté de médecine.

Nous recevons la lettre suivante :

Paris, 25 mars 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Connaissant avec quelle constance vous avez poursuivi tous les abus, j'ai l'honneur de vous en signaler un, entre mille, qui se passe à la bibliothèque de l'Ecole de médecine. Depuis le mois de janvier, je demande aux garçons de la bibliothèque un ouvrage de M. Fauvel. On me répond invariablement : « Il

n'est pas encore rentré. » On comprend à la rigueur que des professeurs emportent chez eux des ouvrages de la bibliothèque. Cependant, est-il juste que ces ouvrages y demeurent pendant des mois sans pouvoir être consultés par ceux qui pourraient en avoir besoin?

Notez, Monsieur le rédacteur, que lorsque j'ai demandé cet ouvrage, pour la première fois, il mo fut répondu qu'il y avait au moins deux mois qu'il était sorti. Plusieurs autres ouvrages ont aussi ce privilège d'être toujours dehors.

Veuillez agréer, etc.

L'un de vos lecteurs,
X...

Nous insérerons avec plaisir, s'il y a lieu, toute rectification qui nous sera adressée.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du 30 mars.

La crémation.

Dans cette séance, la chambre a commencé la deuxième délibération sur la proposition de loi adoptée par le Sénat sur la *liberté des funérailles*. Dans l'intervalle des deux délibérations, quelques députés ont pensé qu'au lieu de déposer une nouvelle proposition de loi sur la crémation, il y aurait avantage à trancher la question, en faisant inscrire dans la loi en discussion la faculté pour les citoyens de demander que leur corps soit, après la mort soumis à l'incinération. C'est pourquoi les députés ont déposé l'amendoment suivant.

Art. 3. — Le premier paragraphe de l'article 3 du texte adopté en première délibération est ainsi modifié :

« Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut déterminer librement le mode de sa sépulture, opter pour l'inhumation ou l'incinération, léguer tout ou partie de son corps à des établissements d'instruction publique ou à des sociétés savantes, et régler les conditions de ses funérailles, notamment en ce qui concerne le caractère civil ou religieux à leur donner. » — Cet amendement était signé par MM. Blatin, Bourneville, Michelin, Paul Casimir-Périer (Seine-Inférieure), le comte de Douville-Maillefeu, Viger, de Mahy, Devade, Montaut (Seine-et-Marne), Vacher, Desmons, Pajot, Henri Mathé (Allier), Félix Mathé (Seine), Frédéric Passy (Seine), Gastellier, Jules Carret, Duchasseint, Ducoudray, Emile Jamais, Gustave-Adolphe Hubbard, Millerand, Chantagrel (Puy-de-Dôme), Lyonnais, Fernand Faure (Gironde), Gadaud, Balluc.

Cet amendement a été soutenu par M. le Dr Blatin (de Limoges) qui, à cette occasion, a prononcé un excellent discours. Il rappelle tout d'abord qu'aucune loi n'interdit la crémation, que le principe de la liberté du mode des sépultures a sa place marquée dans une loi relative aux funérailles. Il montre ensuite à l'aide d'arguments précis que l'inhumation est de tous les modes de sépulture le plus dangereux pour la santé publique. et que la crémation ne non seulement présente, à ce point de vue, aucun inconvénient, mais encore no blesse aucune doctrine philosophique ou religieuse, qu'elle ne met obstacle à aucune recherche médico-légale et que, grâce aux nouveaux appareils perfectionnés, elle peut être appliquée avec la décence qu'il convient.

M. Blatin a plus particulièrement insisté sur les objections qui ont un caractère exclusivement médico-légal et qui, pour la plupart, concernent les empoisonnements. Or les exhumations provoquées par des accusations d'empoisonnement sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le suppose. Ainsi, en 8 années, dans le département de la Seine, il n'y a eu que 17 exhumations et 3 seulement ont donné lieu à des poursuites pour empoisonnement.

Il est évident que le règlement d'administration publique prescrira pour le permis de crémation des formalités, sinon bien sévères, tout au moins plus rigoureusement observées ; par exemple un diagnostic précis de la part du médecin traitant ; et, en cas de doute sur la cause de la mort, l'autopsie. Cette pratique existe, croyons-nous, en Italie. Elle a permis de reconnaître des empoisonnements qui auraient passé inaperçus. Grâce à cet examen plus minutieux du cadavre, il y aura au contraire, ainsi que l'a fait remarquer M. Blatin, des occasions plus nombreuses pour découvrir les empoisonnements ; le sachant, les empoisonneurs s'en tiendront, comme aujourd'hui, à l'inhumation.

M. Blatin et ses collègues ont demandé, non pas la crémation *obligatoire*, mais la crémation *facultative* et ils considèrent que l'incinération des cadavres comptera parmi les applications les plus pratiques, les plus utiles de l'hygiène.

M. Freppel, évêque d'Angers, a prononcé un réquisitoire fulminant contre la crémation. Il a oublié que ses précurseurs brûlaient, sans pitié, les *vivants* et que les partisans de la crémation se bornent à demander la crémation des morts, lorsque, avant de mourir, ils l'auront formellement demandé ou que, à défaut de testament, la famille le demandera. Il a oublié que dans les pays où la crémation se pratique les représentants de toutes les religions accompagnent les corps au *crématoire*, même les prêtres de la religion la plus intolérante, le catholicisme. Il est même allé trop loin dans cette voie, en accusant les partisans de la crémation de matérialisme et s'est attiré une éloquente réplique d'un spiritualiste fervent, M. Frédéric Passy. L'évêque n'a rien répondu et la Chambre, ne tenant pas compte des objections timides de M. Bernard, sous-secrétaire d'état, et des déclarations du rapporteur, M. Chevandier, qui tout en se faisant partisan de la crémation, aurait préféré ne pas donner au Sénat un motif, qui, suivant nous c'est à tort, de refus de la loi par le Sénat, a adopté l'amendement par 323 voix contre 180. Nous espérons que le Sénat ratifiera ce vote : il ne s'agit là, en effet, que d'une question d'hygiène résolue en Allemagne, en Italie, aux Etats-Unis, etc., et où la religion n'est nullement intéressée.

VARIA

Laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés.

Conformément aux vœux réitérés du Conseil municipal et à l'avis conforme du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, les sœurs dites de St-Vincent de Paul ont quitté l'hospice le 31 mars et ont été remplacées par des laïques. M. Peyron ne s'arrêtera pas là, nous en avons la conviction et, fort de l'avis renouvelé *deux fois* par son Conseil de surveillance, d'accord avec le Conseil municipal, nous avons la conviction qu'il va prendre maintenant les mesures nécessaires pour laïciser l'hôpital Necker à un bref délai.

Laïcisation de l'hôpital-hospice de St-Denis.

Les religieuses de St-Vincent de Paul ont quitté l'hôpital de St-Denis le 4 mars et ont été remplacées par des surveillantes laïques.

Institut Pasteur.

Le *Conseil municipal de Toulouse*, vient de voter 1,500 francs. — La *Société des Gens de Lettres* a voté 200 francs en faveur de la souscription destinée à la création de l'Institut Pasteur. — La commission des *Auteurs dramatiques* a voté 1000 francs. — Le *Journal Officiel* publie la 5e liste de la souscription publique ; elle a atteint le chiffre de 437,846 fr. 15 c. — L'*Association des médecins de l'Oise* a voté une somme de 100 francs pour l'Institut Pasteur.—Le *Journal d'Alsace* annonce que le gouvernement d'Alsace-Lorraine a décidé d'envoyer à Paris un médecin, M. le Dr Ledderhose, premier assistant de la clinique de chirurgie, pour étudier le traitement de M. Pasteur.— Le gouvernement anglais a l'intention de nommer une Commission pour l'étude du traitement de la rage par la méthode pastorienne. — On annonce l'arrivée à Paris de l'archiduc de Bavière, docteur en médecine, qui vient en France pour assister aux expériences de M. Pasteur sur le traitement de la rage après morsures. — Les *conseils municipaux de Rouen et Angers* ont vote, le premier 2,000 fr.; le deuxième 1.000 francs. — La *Société de médecine de Paris* a voté 200 fr.

L'autopsie du russe, mort enragé à l'Hotel-Dieu et dont nous avons parlé dans le dernier numéro, a éte faite par le Pr Cornil et M. Roux, préparateur de M. Pasteur. Les morsures de la face étaient très étendues. Deux avaient emporté la presque totalite de la lèvre supérieure. Les deux commissures laissaient à nu les gencives et la plus grande partie des incisives supérieures, les canines et les petites molaires. Une autre plaie siégeait en dehors de l'arcade sourcilière, au-dessus de l'apophyse zygomatique. On a découvert, en incisant la peau à ce niveau, un fragment de dent canine de loup qui s'était cassée sur l'arcade et avait un centimètre environ. Le cerveau, la protubérance, le bulbe ne presentaient rien de particulier à noter. Une partie de la protubérance et du bulbe a éte prise par M. Roux pour servir à l'inoculation des animaux (*Journal des Conn. médic.*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — Médec. opér. (Epreuve pratique : MM. Trélat, Nicaise, Reynier. — 2e de *Doctoral*, oral, 1re partie : MM. Cruveilhier, Terrier, Reclus. — 3e *de Doctoral*, oral, 1re partie : MM. Le Dentu, Guéniot, Segond; — 2e partie : MM. Fournier, Damaschino, Rendu, — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus.

MARDI 6. — Dissect. (Epreuve pratique): MM. Cruveilhier, Delens, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Laboulbène, Grancher, Campenon. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Bouchard, Legroux, Debove. — 5e *de Doctorat*, 1re partie, (Charité), 1re *Série* : MM. Le Fort, Richelot, Charpentier ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Duplay, Bouilly ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Proust, Raymond.

MERCREDI 7. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Nicaise, Le Dentu, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Hayem, Remy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), MM. Terrier, Guéniot, Kirmisson.

JEUDI 8. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Delens, Bouilly — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Berger, Legroux, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Debove. — 3e *de Doctoral*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Cruveilhier, Richelot, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Quinquaud.

VENDREDI 9. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Nicaise, Reclus. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Guéniot, Segond ; — 2e partie : MM. Potain, Fournier, Joffroy. — 3e *d'Officier de santé* (Charité) : MM. Hayem, Terrier, Landouzy.

SAMEDI 10. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Sappey, Delens, Campenon ; — 3e *de Doctorat*, oral, 2e partie : MM. Duplay, Berger, Charpentier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Le Fort, Richelot, Ribemont-Dessaignes. — 3e *d'Officier de santé* (Hôtel-Dieu) : MM. Cruveilhier, Legroux, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 6. — M. Thoinot. — Les eaux potables et le choléra de 1884. — M. Mougenc de St-Avid. Etude sur le chancre non infectant de l'utérus et ses rapports avec le chancre mou du vagin. — *Samedi* 10. — M. Reilhac. Drainage de bactéries. — M. Canivet. Contribution à l'étude de la pneumonie épidémique ; Epidémie de pneumonies observées à l'hopital de la marine à Lorient.

Enseignement médical libre.

Maladies mentales. — M. le Dr LEGRAND DU SAULE commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche, 4 avril 1886, au grand amphithéâtre de la Salpétrière, à neuf heures et demie du matin, et l continuera les dimanches suivants, à la même heure. La première leçon sera consacrée à une revue clinique et médico-légale de l'année 1885.

NÉCROLOGIE

Mort du Dr E. P. Gillette.

M. Eugène-Paulin GILLETTE, chirurgien de l'hôpital St-Antoine, est décédé le 31 mars, à l'age de 50 ans. Il avait été pendant plusieurs années chirurgien de Bicetre, puis de l'hôpital Tenon. Son père, le Dr Gillette, avait été médecin des hopitaux. Le Dr E. P. Gillette s'occupait très activement de son service. On lui doit, entre autres, les publications suivantes : *Clinique journalière des hôpitaux de Paris*, 1877 ; — *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques* (thèse), 1867 ; — *Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra pelviens* (*Journal d'anatomie et de physiologie*, 1869) ; — *Anatomie et pathologie des maxillaires* (*os et articulations*) (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1870) ; — *Péritonite mortelle à la suite d'un simple toucher vaginal* (*Gaz. des hopitaux*, 1872) ; — *Des os sésamoïdes chez l'homme* (*Journal d'anatomie et de phys.*, 1872) ; — *Deux cas de tumeur fibro-plastique de l'œil et de l'orbite* (*Bulletin de la société médicale de Paris*, 1872) ; — *Anatomie, physiologie et pathologie du nerf médian* (*Dre Encyclopédique*, 1872) ; — *Du tissu conjonctif ou lamineux*. (1872). — *Note pour servir à l'histoire de l'uréthrocèle vaginale* (1873) ; — *De l'imperforation de l'hymen, au point de vue clinique et opératoire* (*Annales de gynécologie*, 1874) ; — *Des abcès puerpéraux de la mamelle* (*Bulletin de la société de médecine de Paris*, 1875); et de nombreux articles dans le *Dictionnaire encyclopédique* et *l'Union médicale*. Enfin, nous devons dire qu'il a collaboré à la deuxième édition de la *Pathologie externe* de Nélaton.

Gaston Crespin.

Encore deux nouveaux deuils qui viennent de frapper le corps de l'Internat des hôpitaux de Paris : Ch. BUTRUILLE est mort il y a quelques semaines à Menton, après une longue maladie ; aujourd'hui, c'est G. Crespin, qui vient de succomber, à son poste, des suites d'une affection contractée dans le service d'accouchements de Lariboisière. Cette mort inattendue nous en rappelle une autre toute récente et présente encore à la mémoire de tous, celle de P. Ayrolles, interne du service d'accouchements de la Charité. Comme ce dernier, Crespin était interne de quatrième année ; tous deux sont morts, on peut le dire, moins peut-être de la maladie qui les a frappés que des conséquences de leur constitution affaiblie et delabrée par les veilles et les fatigues inévitables qu'entraîne un service d'accouchements.

Les obsèques de Crespin ont eu lieu mardi 27 mars à midi; un grand nombre d'internes et d'anciens internes, ses amis, tous ses maîtres dans les hôpitaux, assistaient aux funérailles. M. PEYRON, au nom de l'administration des hôpitaux, M. le professeur TARNIER, au nom de ses anciens maîtres, M. GILBERT, au nom de ses collègues, ont adressé un dernier adieu à Crespin. Nous reproduisons ci-dessous l'allocution du savant professeur d'accouchements qui, mieux que personne, pouvait apprécier les qualités de cette nouvelle victime du devoir.

Messieurs,

Gaston-Marie CRESPIN avait à peine 28 ans, et nous voici, Messieurs, réunis autour de son cercueil dont la vue fait naître en nous tous un bien douloureux étonnement. Quelle mort inattendue, que d'espérances brusquement anéanties !

Né à Châteauroux, il était venu à Paris pour étudier la médecine. Une vie de labeur lui ouvrit les portes de l'internat dans les hôpitaux, et justement fier de ce titre, encouragé par ce premier succès, il eut le légitime espoir de se créer une large situation dans la carrière médicale dans laquelle il venait d'entrer. Bientôt il voulut se livrer spécialement à l'étude des accouchements, avec le projet bien arrêté de prendre part aux luttes de tous les concours relatifs à l'obstétrique, et pour s'y préparer, il lui sembla qu'une année passée à la Maternité lui serait profitable. C'est ainsi qu'il devint mon interne en 1885.

J'ai donc pu apprécier toutes ses qualités : sa jeunesse, une nature vigoureuse et élégante, une vive intelligence, une grande douceur qui se manifestait ouvertement dans son regard et dans sa voix, un abord franc et loyal, tout, en lui, attirait la sympathie. Plein de bonté pour les malades et de déférence pour ses maîtres, toujours prêt à répondre, jour et nuit, au premier appel qui lui était fait, s'acquittant de son service avec un zèle irréprochable, il était aimé de tout le monde. Comment n'aurais-je pas eu pour lui de l'estime et de l'amitié ? Je le considérais comme l'un de mes meilleurs élèves, comme un homme d'avenir, et j'aurais été heureux de lui servir d'appui dans la vie qui semblait s'ouvrir devant lui avec toutes les promesses d'une réussite assurée.

Mais avant tout il avait la noble ambition de devoir ses succès à son travail et de pouvoir dire un jour qu'il était le fils de ses œuvres. En 1883, il avait rédigé et fait paraitre dans l'*Union médicale* les leçons cliniques de M. Legrand du Saulle sur le *délire des persécutions*. En 1884, il avait publié dans les *Archives de neurologie*, avec la collaboration du Dr Ballet, un mémoire intitulé : *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle*. Il y a quelques semaines il faisait encore insérer dans le *Bulletin de la Société anatomique* une note intéressante sur l'accouchement d'une femme dont l'utérus est bicorne. Pendant son internat à la Maternité, il avait recueilli de nombreuses observations qu'il devait utiliser un peu plus tard ; déjà même il avait commencé, et quelques jours seulement avant sa mort il me montrait un manuscrit sur un nouveau procédé d'*Embryotomie rachidienne* qu'il m'avait vu employer et à propos duquel il avait fait un grand nombre

d'expériences cadavériques dont il avait relaté les résultats. Ce travail tout prêt à être envoyé à l'imprimerie, sera, sans aucun doute, publié par les soins de ses amis. Il avait surtout porté ses investigations sur les causes de la mort des fœtus pendant la vie intra-utérine et des enfants nouveau-nés. Les matériaux anatomo-pathologiques qu'il avait amassés sur ce sujet étaient considérables, et son projet était de les compléter encore avant de faire connaître la relation de ses patientes recherches. Puissent toutes ces richesses scientifiques ne pas être ensevelies avec celui qui les aurait si bien mises en lumière!

Au 1er février 1886, en quittant la Maternité, Crespin vint à l'hôpital Lariboisière poursuivre ses études obstétricales et passer sa quatrième année d'internat près de son maître, M. Pinard pour lequel il avait une profonde affection. Il dut alors multiplier ses efforts pour se mettre au courant du nouveau service dans lequel il entrait, et par un hasard malheureux des accidents graves lui firent coup sur coup passer plusieurs nuits au chevet des malades. Son zèle n'avait pas fléchi, mais ses forces le trahirent; il se fatigua, et c'est dans ces mauvaises conditions de santé et de résistance qu'il fut atteint d'une pleuro-pneumonie, que les soins les plus éclairés et les plus dévoués ne parvinrent pas à arrêter dans sa marche rapide. Il ne se fit d'ailleurs pas d'illusion; il se sentit frappé à mort. Après avoir fait ses dernières recommandations et ses adieux à ses amis, il succomba en brave, ici, à l'hôpital même, sur son champ de bataille.

Quelle perte et quel deuil pour sa famille, quel chagrin pour ses amis et ses collègues, quels regrets pour ses maîtres! Aussi, mon cher Crespin, mon cher élève, c'est le cœur plein de douleur que je vous adresse un suprême adieu.

NOUVELLES

Natalité a Paris. – Du dimanche 21 mars 1886 au samedi 27 mars 1886, les naissances ont été au nombre de 1291 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 459; illégitimes, 167. Total, 626. — *Sexe féminin* : légitimes, 472, illégitimes, 193. Total, 665

Mortalité a Paris. — Population d'aprés le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21, mars 1886 au samedi 27 mars 1886, les décès ont été au nombre de 1341, savoir : 678 hommes et 663 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6 F. 1. T. 16. Variole : M 4. F. 3, T. 7. — Rougeole : M. 13. F. 17, T. 30. — Scarlatine : M. 8. F. 5 T. 13. Coqueluche : M. 6, F. 11. T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 17 F. 17, T. 34. - Dyssenterie : M 0. F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 8, F. 2 T. 10. – Infections puerpérales : 9 – Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 24 F. 19, T. 43 — Phthisie pulmonaire : M. 126, F. 87 T. 213. – Autres tuberculoses. M 25. F. 18. T. 43. – Autres affections générales : M. 19. F. 31 T. 83 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 23, F. 13, T. 66 — Bronchite aiguë: M. 32 F. 17. T. 49. — Pneumonie : M. 108, F. 96, T. 204 — Athrepsie : M. 25, F. 34 T. 59. — Autres maladies des divers appareils : M. 202 F. 225, T. 427. — Aprés traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 14, F. 6 T. 20. — Causes non classées M. 18, F. 9, T. 27.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 76 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36; illégitimes, 15. Total : 51 — *Sexe féminin :* légitimes, 19 ; illégitimes, 6. Total : 25.

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. — Les leçons orales de 3/4 d'heure après 3 heures de préparation succédent dans l'ordre suivant : Vendredi 26 mars, *Ophthalmie sympathique*, MM. Ramonède et Etienne ; — Samedi 27 mars, *Décollement des épiphyses* : MM. Marchand et Schwartz; — Lundi, 29 mars, *Hernies ombilicales chez l'adulte*, MM. ..... — Mardi : *Des hémorrhagies de l'appareil génital après la délivrance*, MM. Rémy et Auvard.

Faculté de médecine de Paris. — *Exercices opératoires*, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Troisième cours. — M. le docteur Michaux, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 5 avril 1886, à une heure précise, pavillon n° 3.

Faculté de médecine de Lille. — M. Dubar, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté des sciences de Marseille — M. Pauchon, docteur ès sciences, chargé d'un cours complémentaire de botanique à la faculté des sciences de Marseille, est nommé professeur-adjoint à la même faculté.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Blondlot, docteur ès-sciences, maître de conférences de physique à la faculté des sciences de Nancy, est nommé professeur-adjoint à ladite faculté.

Ecole pratique des hautes-études. — M. Lippmann (Jonas-Ferdinand-Gabriel), docteur ès sciences, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du Laboratoire des recherches et de perfectionnement pour la physique (2e section), en remplacement de M. Jamin, décédé.

Ecole vétérinaire de Lyon. — Un concours sera ouvert le lundi 31 mai, à l'Ecole vétérinaire de Lyon, pour la chaire de pathologie générale, pathologie médicale spéciale, anatomie pathologique générale et clinique, vacante à ladite Ecole. S'adresser au ministère de l'agriculture.

Ecole de plein exercice de médecine de Marseille. — A la suite des concours qui viennent de se terminer ont été nommés : chefs de clinique chirurgicale, MM. les Drs Bernard et Fernand Giraud ; — chefs de clinique médicale, MM. les Drs Arnaud et M. Villard ; — Chef de clinique obstétricale : M. le Dr Camoin.

Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Thiellin, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin du concours qui doit s'ouvrir à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, le 1er juillet 1886.

Ecole préparatoire a l'enseignement supérieur des sciences et lettres de Rouen. — M. Gully (Ludovic), bachelier ès sciences, est nommé professeur à la section des sciences appliquées au commerce et à l'industrie, annexée à l'Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et lettres de Rouen (Bureau commercial), en remplacement de MM. Mengus, démissionnaire.

Universités étrangères. — *Copenhague :* M. le Dr Böhr va être appelé à remplacer M. le Dr Panum, mort il y a plusieurs mois. — *Athènes :* M. le Dr C. Delyanni est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Pretenderis Typaldos, dont nous avons précédemment annoncé la mort. — M. le Dr Wasseige est nommé recteur de l'Université de *Liège*. A cette occasion ses élèves ont organisé une imposante manifestation.

Ecole de médecine de Besançon. — Par arrêté ministériel du 30 mars 1886, les concours suivants s'ouvriront à l'Ecole de médecine de Besançon : 1° 3 novembre 1886, pour un emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques; 2° le 8 novembre 1886, pour un emploi de chef des travaux physiques et chimiques. — D'autres concours pour des emplois de suppléants à la même Ecole s'ouvriront à Nancy : 1° Devant la Faculté de médecine, le 3 novembre 1886, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales; le 15 novembre 1886, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale; le 15 mars 1887, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. — 2° Devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Académie des sciences. — Le lundi 29 mars, l'académie des sciences a élu secrétaire perpétuel M. Vulpian, en remplacement de M. Jamin, décédé. M. Vulpian a été élu par 26 voix contre 24 accordées à M. M. Milne-Edwards.

Assistance publique. *Concours public pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 10 mai 1886, à quatre heures, à l'Hotel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 21 du meme mois, à trois heures.

Association scientifique de France. — M. le Dr Regnard, professeur a l'Institut national agronomique, directeur adjoint du laboratoire de physiologie, la Faculté des sciences, fera le samedi 10 avril, une conférence a la Sorbonne sur *les délire des grandeurs*.

Necrologie : Dr J. Gérard, mort a 37 ans ; après avoir exercé la médecine a Laudreville (Aube), il était venu s'établir à Reims. —

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 AVRIL 1886.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

CINQUIÈME LEÇON (1).

La spore de la bactéridie charbonneuse.

Malgré la découverte de la bactéridie, l'étiologie proprement dite du charbon, c'est-à-dire la façon dont les animaux s'infectent et dont le contage se perpétue à la surface du sol et dans les étables, continuait à être enveloppée d'obscurités. L'hypothèse de la transmission par les mouches était insuffisante ; d'autre part, la persistance de la virulence du sang, des produits charbonneux *desséchés*, mise en lumière par Davaine, et le rôle attribué par lui aux « poussières charbonneuses » soulevaient bien des objections. Tantôt l'inoculation du sang desséché et conservé pendant un certain temps donnait des résultats positifs ; tantôt elle échouait, comme dans les expériences de Bouley, de Sanson, de Bollinger, sans que l'on pût se rendre compte des causes de la réussite ou de l'insuccès. Du reste, les observations faites sur le sang charbonneux desséché ne pouvaient expliquer ce qui se passe en rase campagne, où la matière virulente est incessamment soumise à des alternatives de sécheresse et d'humidité et où elle résiste pendant des années à l'action successive du soleil, de la pluie, des inondations, etc. La découverte de la spore de la bactéridie devait dissiper toutes ces diversités.

Dès 1869, dans ses recherches sur la *flacherie* des vers à soie, maladie due à la multiplication, dans l'intestin de l'insecte, d'un vibrion ou bacille spécial, M. Pasteur avait fait une observation de la plus haute importance ; il avait reconnu pour ces vibrions deux modes de reproduction. Après qu'ils se sont divisés pendant un certain temps par scission, les bâtonnets, jusque-là homogènes en apparence, montrent dans leur intérieur des « noyaux brillants », en même temps que leur substance se résorbe autour de ces noyaux. M. Pasteur constata en outre que « ces germes de la flacherie, ces kystes des vibrions », comme il les appelait, peuvent subir une dessication prolongée sans périr et conserver leur activité pendant des années. Il donna ainsi l'explication de la persistance des épidémies de cette maladie (2).

D'autre part, M. le professeur Cohn (de Breslau), dans ses recherches sur les bactéries et particulièrement sur le *bacillus subtilis*, qui présente tant d'analogies morphologiques avec le *bacillus anthracis*, avait montré qu'il se forme dans l'intérieur des bacilles des spores (Dauersporen) capables, après un état de repos plus ou moins long, de reproduire de nouveaux bacilles ; à ce sujet il émettait l'hypothèse que peut-être les choses se passent de même pour l'organisme du charbon (1). Mais c'est à M. Koch que revient le mérite d'avoir établi qu'un tel mode de reproduction existe en effet pour la bactéridie charbonneuse (2). C'est à son mémorable travail que j'emprunte l'exposé qui suit.

Dans le sang et dans les humeurs de l'animal *vivant*, la bactéridie se multiplie extrêmement vite, mais par un mode *unique* qui consiste dans l'allongement du bâtonnet et sa segmentation transversale en deux ou plusieurs articles ; c'est le mode de reproduction par scissiparité.

Mais cette même bactéridie laissée dans le sang de l'animal *mort*, ou placée dans d'autres liquides nutritifs appropriés (humeur aqueuse, sérum, etc.), présente un autre mode de reproduction, à *condition que l'on permette l'arrivée de l'air et que la température du milieu soit maintenue dans de certaines limites.* Alors on voit les bactéridies pousser en filaments extrêmement longs, non ramifiés, avec formation dans leur intérieur de nombreuses spores.

M. Koch arriva à cette constatation à l'aide de procédés aussi simples qu'ingénieux. Sur une lame on porte une goutte de sérum de sang de bœuf frais, ou d'humeur aqueuse fraîchement prélevée sur un œil de bœuf ; on y place un très petit fragment de rate fraîche de souris charbonneuse ; on recouvre avec une lamelle. Le tout est placé dans une chambre humide et mis à l'étuve à une température de 35 à 37°. Au bout de quinze à vingt heures on examine la préparation et voici ce que l'on constate : Au centre de la préparation (c'est-à-dire là où l'air n'a pas pu arriver) on trouve les bacilles presque intacts et sans modification, au milieu des globules rouges et des cellules de la pulpe splénique (*fig.* 29, *a*). Lorsqu'on se rapproche du bord de la lamelle à couvrir, on voit des bacilles très allongés, trois à huit fois plus longs que les bacilles normaux et qui commencent à se contourner ; au fur et à mesure qu'on se rapproche du bord de la préparation, les bacilles s'allongent de plus en plus, jusqu'à donner des filaments flexueux cent fois plus longs que le bacille (*fig.* 29, *b*).

En même temps ces filaments ont perdu leur transparence parfaite et leur contenu est devenu finement granuleux ; en outre, à des espaces réguliers, apparaissent des corpuscules brillants, fortement réfringents : ce sont les spores naissantes (*fig.* 29, *c*). Tout à fait au bord de la préparation, là où l'air afflue abondamment, les filaments contiennent des spores typiques, avec leur forme ovoïde, alignés régulièrement à la façon des perles

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12 et 13.

(2) Pasteur. *Études sur les maladies des vers à soie*, Paris, 1870, t. I. A la page 168, en note, on trouve le passage suivant : « j'ai joint aux planches dont il s'agit, une planche représentant les vibrions de la flacherie *sous leurs deux modes de reproduction, par scission et par noyaux intérieurs*, ainsi que la résorption graduelle de la matière du vibrion entourant le noyau brillant ». La planche de la page 228 reproduit exactement ces noyaux brillants ou spores. Consulter en outre la page 256 du même volume, où M. Pasteur insiste particulièrement sur la longue résistance des germes de la *flacherie*.

(1) Cohn. *Untersuchungen über Bacterien* (*Beitr. zur Biol. der Pflanzen*, t. I, 2 Heft., p. 145, 1872).

(2) Koch (R.). *Die Ætiologie der Milzbrand-Krankheit, begründet auf die Entwickelungsgeschichte des Bacillus Anthracis* (*Cohn's Beiträge z. Biol. der Planzen*, t. II, p. 277-310, 8176).

collier, dans l'intérieur du filament dont la substance tend de plus en plus à se résorber (*fig.* 29, *d*); ailleurs cette substance est totalement résorbée et la disposition primitive des spores dans le filament n'est plus rappelée que par l'alignement moniliforme de ces spores (*fig.* 29, *e*); enfin, par places, il existe des amas de spores tout à fait libres (*fig.* 29, *f*). Ainsi dans la même préparation, on trouve toutes les formes de transition entre le bacille et la spore libre, en passant par l'état de filament simple et de filament sporifère.

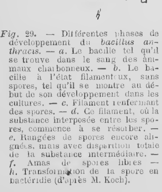


Fig. 29. — Différentes phases de développement du *bacillus anthracis*. — *a*. Le bacille tel qu'il se trouve dans le sang des animaux charbonneux. — *b*. Le bacille à l'état filamenteux, sans spores, tel qu'il se montre au début de son développement dans les cultures. — *c*. Filament renfermant des spores. — *d*. Ce filament, où la substance interposée entre les spores, commence à se résorber. — *e*. Rangées de spores encore alignées, mais avec disparition totale de la substance intermédiaire. — *f*. Amas de spores libres — *h*. Transformation de la spore en bactéridie (d'après M. Koch).

M. Koch a pu suivre ces transformations *de visu* au microscope, en employant un procédé qui réalise commodément une petite chambre humide. Sur la face inférieure d'une lamelle à couvrir, on place une gouttelette de sérum ou d'humeur aqueuse fraiche, dans laquelle on a semé une parcelle de rate charbonneuse fraîche. On retourne ensuite cette lamelle (sans déranger la goutte) sur une lame porte-objet creusée d'une petite cupule. Les bords de la lamelle sont fixés sur les bords de la cupule avec un peu d'huile d'olive ou de vaseline, de façon à empêcher la dessication de la gouttelette. L'espace compris entre la cupule et la lamelle se remplit rapidement de vapeur d'eau, de sorte que l'on a ainsi une véritable chambre humide, et la quantité d'air contenue dans cette cellule humide est suffisante pour le développement des bacilles pendant plusieurs jours. La chambre humide ainsi construite est placée dans le microscope à platine chauffante de M. Schultze et portée à environ 35°. Les choses étant ainsi disposées, on peut facilement suivre au microscope ce qui se passe dans la gouttelette suspendue (1).

Au début de l'observation on voit les bacilles s'épaissir et se gonfler ; au bout de deux heures, la croissance commence ; au bout de trois à quatre heures, les bacilles ont déjà augmenté dix à vingt fois de longueur et commencent à s'infléchir et à se tordre. Si l'observateur fixe attentivement, pendant une dizaine de minutes, une des extrémités d'un filament, il le voit manifestement s'allonger et il assiste ainsi directement au spectacle saisissant de la croissance du bacille. Bientôt le protoplasma du filament, de transparent qu'il était, devient granuleux et au bout de 10 à 15 heures des spores ovoïdes, brillantes, y apparaissent; ces spores ensuite deviennent libres et obéissant à la pesanteur s'amassent à la partie inférieure de la gouttelette suspendue. La préparation peut se conserver à cet état pendant des semaines.

On remarquera que dans ces essais de culture M. Koch ne disposait pas des procédés rigoureux dont M. Pasteur venait de doter la science; aussi, comme il le reconnaît lui-même, souvent des organismes étrangers venaient se mêler à la bactéridie et troubler l'expérience; toutefois, en employant de l'humeur aqueuse aussi pure que possible et de la rate charbonneuse également pure, la moitié environ des préparations donnaient *des cultures pures* du bacillus anthracis.

Nous venons de voir comment du bacille on arrive à la spore ; en continuant l'expérience ci-dessus, on peut assister à la transformation de la spore en un bacille identique à celui que l'on rencontre dans le sang des animaux charbonneux. Pour cela on place sur une lame porte-objet ordinaire une culture pure, riche en spores, et on y ajoute une goutte d'humeur aqueuse (1) ; on recouvre avec une lamelle et on met le tout dans une chambre humide, à l'étuve, à 35°. Au bout de trois à quatre heures déjà, le développement commence, toujours plus hâtif vers les bords de la lamelle, à cause de l'arrivée plus facile de l'air.

La spore examinée dans ces conditions, à un fort grossissement, apparaît comme une masse ovoïde, réfringente, entourée d'un anneau de substance claire, transparente comme du verre (*fig.* 29, *h*). C'est là la substance vivante proprement dite, protoplasmatique de la spore. Cette substance enveloppante s'allonge progressivement, dans le sens du grand axe de la spore et dans une seule direction, d'où l'apparence d'un ovoïde de plus en plus allongé, la spore brillante continuant à occuper l'un des pôles de cet ovoïde. Bientôt l'enveloppe transparente prend l'aspect filiforme, en même temps que la spore terminale devient moins brillante, se rapetisse, se divise souvent en plusieurs fragments et finalement disparaît (*fig.* 29, *h*). Il ne reste plus alors qu'un bâtonnet parfaitement transparent, une bactéridie en un mot. Dans l'opinion de M. Koch, la spore est constituée par une gouttelette de graisse ou d'huile (d'où sa grande réfringence) entourée d'une mince enveloppe de protoplasma. C'est celle-ci qui est la vraie substance vivante, susceptible de végétation, la gouttelette graisseuse ne servant probablement que de réserve alimentaire pendant la germination. Si l'expérience se prolonge (au bout de 16 à 18 heures), les bacilles de nouvelle formation prennent la forme filamenteuse, et une nouvelle génération de spores apparaît dans leur intérieur (2). Le cycle est ainsi complet et peut se

(1) Ce mode de culture dans « une gouttelette suspendue » (hangender Tropfen) est aujourd'hui couramment employé en bactériologie pour examiner les bactéries à l'état vivant, avec leurs mouvements et pendant leur croissance. On peut se servir dans le même but de la chambre humide à air construite par M. Ranvier *Traité technique d'histologie*, p. 41 et 44.)

(1) M. Koch conseille de dessécher d'abord rapidement la culture contenant les spores sur la lame, puis d'y déposer la goutte d'humeur aqueuse ; on évite ainsi que les spores, en flottant trop facilement dans le liquide, ne se dispersent et ne s'échappent de dessous la lamelle.

(2) M. Toussaint à observé que l'apparition des spores est plus rapide quand la préparation est exposée à la lumière ; si la préparation est maintenue à l'obscurité les spores mettraient dix à quinze heures de plus à se montrer (Toussaint, *loc. cit.*, p. 54).

reproduire indéfiniment par des ensemencements nouveaux.

Tels sont les faits morphologiques mis en lumière dans ce travail fondamental de M. Koch. Ce n'est pas qu'avant lui on n'ait déjà parlé de germes de la bactéridie. M. Bollinger notamment a décrit le bacillus anthracis comme étant formé de bactéries punctiformes (Kugelbacterien) placées bout à bout, lesquels points arrondis seraient les germes du bacille et il a publié des dessins reproduisant cette prétendue disposition (1). Mais, ainsi que le fait remarquer M. Koch (2), il suffit de jeter un coup d'œil sur ces dessins pour se rendre compte qu'il ne s'agit pas là de spores, mais simplement d'une segmentation artificielle ou cadavérique des bactéridies, telle qu'on la remarque par exemple sur du sang charbonneux tenu pendant quelque temps à l'abri de l'air, alors que les bactéridies sont mortes et commencent à se désagréger.

Il nous reste maintenant à suivre M. Koch dans ses tentatives pour établir l'étiologie du charbon chez les animaux, sur la base de ces notions nouvelles de la biologie du bacillus anthracis. Un premier point, qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est qu'il ne se trouve jamais dans le sang et dans les tissus de l'animal vivant autrement qu'à l'état bacillaire; il est incapable d'y prendre l'état filamenteux ni d'y donner des spores. C'est donc après la mort de l'animal, dans son cadavre ou sur les sécrétions souillées de bactéridies qu'il a pu disséminer partout pendant la vie, qu'il importe de suivre le bacille et de déterminer les conditions qui peuvent lui être offertes pour continuer à vivre, pour se multiplier et infecter à nouveau les animaux.

Davaine a eu le mérite de montrer que du sang et des produits charbonneux desséchés peuvent conserver longtemps leur virulence; seulement on n'était pas d'accord sur la durée de cette virulence. Pour s'en rendre compte, M. Koch institua des expériences méthodiques.

Des morceaux de rate, de ganglions lymphatiques, d'autres organes et enfin du sang d'animaux charbonneux furent desséchés, à l'air, dans un endroit *frais*; de ces morceaux, les uns étaient assez volumineux, les autres de la grosseur d'un pois environ, enfin du sang était rapidement étalé et desséché sur une lame de verre. L'expérience montra que le sang desséché en couches minces perdait toute virulence au bout de 12 à 30 heures; une parcelle de ce sang, semée dans une goutte d'humeur aqueuse et placée à l'étuve, demeurait stérile. La dessication poussée à une certaine limite et pendant un temps déterminé avait donc tué les bacilles.

Les fragments de tissu d'un certain volume gardèrent leur virulence pendant deux à trois semaines et des parcelles prélevées dans ce tissu pendant ce laps de temps et cultivées à l'étuve dans l'humeur aqueuse donnèrent naissance à des filaments et à des spores. Des fragments plus volumineux encore, probablement à cause de leur dessication plus lente et moins complète, se montrèrent virulents pendant quatre à cinq semaines. Jamais, dans ces conditions, la virulence ne subsista plus longtemps.

La température est un facteur important pour le développement de la bactéridie. D'après M. Koch, la température la plus favorable est de 35°; alors on observe des spores superbes au bout de 20 heures; à 30° les spores apparaissent un peu plus tard (30 heures). Cultivée à 18° ou 20°, la bactéridie ne donne de spores qu'au bout de 2 à 3 jours. Au-dessous de 18°, les sporos ne se forment plus; au-dessous de 12°, il n'y a même plus de développement filamenteux; vers 45°, le développement cesse également.

Nous venons de voir comment se comporte la virulence des produits charbonneux soumis à de certaines conditions de dessication; comment les choses se passent-elles quand ces substances sont maintenues dans un milieu liquide? Si on met du sang charbonneux dans un vase de verre bien bouché et entièrement rempli et qu'on le place à l'étuve, les bactéries y disparaissent au bout de 24 heures et la virulence charbonneuse a cessé d'exister. Cette disparition de la virulence, d'après M. Koch, ne tient pas à la putréfaction qui s'établit en même temps dans le sang, mais uniquement à l'absence d'oxygène. Pour le prouver, il institua l'expérience suivante. Une goutte de sang charbonneux frais est placée sur une lame et recouverte par une lamelle que l'on lute sur les bords avec un peu d'huile; on place la préparation à l'étuve. La gouttelette de sang, au début de l'expérience, avait été préalablement examinée au spectroscope et avait révélé l'existence des deux raies obscures de l'oxyhémoglobine. D'abord, grâce à la réserve d'air que cèdent les globules rouges, les bacilles commencent à pousser et, au bout de 3 à 4 heures, ils triplent ou quadruplent de longueur. Mais en même temps, on constate la disparition des raies de l'hémoglobine oxydée et l'apparition de la bande unique de l'hémoglobine réduite. A partir de ce moment, toute croissance cesse, quoiqu'il n'y ait aucun développement de putréfaction. Les bacilles meurent, faute d'oxygène. C'est pour ce même motif que les bactéridies contenues dans un cadavre charbonneux *non ouvert* ne se développent pas et meurent, même si l'on a soin de placer le cadavre à une température au-dessus de 18.

Il en est tout autrement quand l'air peut arriver, même en faible quantité, et que la température est suffisante. Si l'on place du sang charbonneux dans un verre de montre, de façon à le remplir à moitié, et qu'on recouvre avec une lame de verre, ce sang, déjà au bout de 24 heures de séjour à la température de la chambre, présentera une odeur putride qui s'accentuera les jours suivants; le liquide fourmillera de bactéries et de micrococcus de la putréfaction, et cependant, à côté d'eux, les filaments et les spores du bacillus anthracis se développeront parfaitement (1).

Si l'on dilue les substances organiques renfermant des bacilles dans une trop forte proportion d'eau, il n'y a plus de végétation des bacilles; ainsi du sang de sou-

(1) Bollinger, *Beiträge zur vergl. Pathologie*, 2tes Heft. *Zur Pathol. des Milzbrandes*, 1877, p. 64, pl. 2, fig. 3. Cette figure est reproduite dans l'article « *Charbon* » du même auteur, in *Ziemssen's Handb. der spec. Path.*, t. III, 1874, p. 465.

(2) *Loc. cit.*, p. 290.

(1) Cette expérience de M. Koch semble donner un démenti au fait si souvent invoqué par Davaine, à savoir que la putréfaction détruit la virulence charbonneuse; mais la contradiction n'est qu'apparente. La putréfaction fait disparaître complètement la virulence charbonneuse si elle s'est établie dans le sang avant la formation des sporel. Si elle ne s'est montrée qu'après la formation des spores la virulence charbonneuse persistera mais elle ne pourra pas facilement être mise en évidence. En effet, si l'on inocule du sang charbonneux putréfié à un lapin ou à un cobaye, on a beaucoup de chances de voir l'animal succomber, non pas au charbon, mais à une septicémie speciale; cela tient à ce fait, mis en lumière par M. Pasteur, que le vibrion septique se développe plus facilement et plus rapidement dans ces circonstances que la bactéridie ou ses spores: le liquide inoculé est à la fois charbonneux et septique, mais la septicémie prend les devants et empêche le développement du charbon.

ris charbonneuse délayé dans vingt fois son volume d'eau distillée, perd sa virulence au bout de 30 heures; le liquide avait cessé de contenir une quantité suffisante d'albumine et de sels pour subvenir au développement du microbe.

Les choses se passent différemment pour les *spores* de la bactéridie; on peut les placer pendant 3 semaines dans de l'eau commune, les dessécher ensuite puis les faire séjourner à nouveau dans l'eau, sans que pour cela leur virulence disparaisse ni leur faculté de donner naissance à des bactéridies.

Tous ces faits permettent maintenant d'expliquer les différences d'opinions sur la virulence du sang charbonneux, desséché : tantôt les expérimentateurs se servaient de sang rapidement desséché, qui ne contenait pas de spores; dans ces cas la virulence des bactéridies desséchées ne durait que pendant un temps relativement court et qui ne dépassait pas cinq semaines. Si au contraire la dessication se fait lentement (grâce à l'emploi d'une quantité de sang suffisante) à la température de la pièce ou en été, des spores ont le temps de se développer et la virulence du produit desséché peut durer très longtemps; M. Koch a pu inoculer avec succès du sang ainsi desséché depuis quatre ans.

L'agent charbonneux affecte donc deux états bien différents, celui de bâtonnets ou mycélium et celui de spores ou corpuscules germes. Les bâtonnets, qui représentent l'organisme adulte, sont peu résistants; il leur faut pour vivre et se développer un milieu nutritif approprié, de l'oxygène et une certaine température; ils résistent mal à une certaine élévation de la température, à la dessication, à la privation d'air, et au séjour dans l'eau, etc. Les spores, au contraire, sont incomparablement plus robustes; elles résistent à la dessication prolongée, à l'humidité, à la putréfaction; elles peuvent être soumises à ces influences pendant des mois et des années sans perdre leur virulence, c'est-à-dire que, placées sous la peau d'un animal approprié, elles s'allongent et donnent naissance à des bactéridies qui, par leur multiplication rapide, entraînent la mort de l'animal comme si on lui avait inoculé du sang charbonneux frais.

Ces notions nouvelles sur la morphologie du bacillus anthracis étaient appelées à jeter de vives lumières sur l'étiologie du charbon chez les animaux ainsi que chez l'homme; M. Koch, dans son mémoire, y insiste avec une rare clairvoyance. Les produits charbonneux *frais*, ne contenant que des bactéridies sans spores ne servent sans doute que très rarement d'agents de transmission chez les animaux ; ils interviennent plus fréquemment chez les hommes exposés à manier des cadavres ou des débris de cadavres charbonneux (équarrisseurs, bouchers, bergers, mégissiers, etc.). Pour les animaux, la propagation du contage et l'infection s'opèrent donc, dans l'immense majorité des cas, par des substances contenant des spores charbonneuses soit à l'état pulvérulent, soit en suspension dans des liquides. Grâce à la résistance de ces spores à la chaleur, au froid, à la dessication, à l'humidité, à l'absence d'air, à la putréfaction, le contage charbonneux peut revêtir cette ténacité qu'on lui connait dans certaines circonstances.

M. Koch (qui ne disposait alors que de petits animaux) fit manger à des souris et à des lapins des fragments de rate d'animaux charbonneux ou des aliments mêlés à de grandes quantités de spores charbonneuses, sans réussir à provoquer chez eux l'apparition du charbon; il en conclut que ces animaux sont inaptes à contracter la maladie par la voie intestinale. Pour les moutons et les grands ruminants, faute d'expériences directes, il laisse la question en suspens, ainsi que celle de la possibilité de l'infection par la voie pulmonaire; mais il était, à cette époque, visiblement enclin à partager l'opinion de Davaine : les animaux s'infecteraient surtout par la voie cutanée, par des blessures de la peau sur lesquelles viendraient se déposer des poussières contenant des germes charbonneux.

Le rôle des cadavres dans la dissémination du charbon fut nettement indiqué par M. Koch ; un seul cadavre négligé, dit-il, peut donner naissance à des spores innombrables et les disséminer à la surface du sol ou en souiller les eaux. Il relate à ce sujet le fait signalé par Œmler (1) qui, sur le domaine de Mansfeld, vit la mortalité annuelle des moutons par le charbon tomber de 21 0/0 à 2 0/0, à la suite de l'interdiction rigoureuse d'enterrer aucun cadavre d'animal dans les champs ni dans les pâturages.

Ainsi le pouvoir de résistance dont est revêtue la spore, explique la ténacité si grande qu'offre parfois le virus charbonneux, ténacité qui ne se conciliait pas avec ce que nous savons de la vie relativement éphémère et de la vulnérabilité de la bactéridie. Ainsi s'explique aussi et tout naturellement le double caractère que présente le charbon d'être à la fois une maladie virulente, directement inoculable d'un animal malade à un animal sain, et une maladie *tellurique*, liée à des qualités jusqu'alors mystérieuses du sol, des eaux, des aliments. Ainsi se trouve comblée une des lacunes les plus sérieuses de la théorie de Davaine, regardant le charbon comme exclusivement dû à la bactéridie.

Restait à dissiper les derniers doutes, à faire la preuve absolue, rigoureusement scientifique, telle qu'il la fallait en un mot pour la solution d'un débat, décisif non pas seulement pour le charbon, mais pour la doctrine même de la nature parasitaire des maladies infectieuses : c'est ce qui fut réalisé par les admirables recherches de M. Pasteur et de ses élèves. Nous entrons ainsi dans la période tout à fait actuelle de l'étude du charbon; aussi, quittant l'ordre historique suivi jusqu'ici, je vais aborder l'exposé didactique de ce qu'il me reste à vous dire de la maladie charbonneuse. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE INTERNE

Considérations sur le diabète acétonémique.

Par J. CORNILLON et A. MALLAT.

Dans deux articles publiés dans ce journal en décembre 1883, nous avons exposé la valeur séméiologique du coma diabétique et nous avons tiré les conclusions suivantes: 1° Dans l'immense majorité des cas de coma diabétique, l'acétonémie ne peut être invoquée comme cause directe, absolue de cet accident; 2° La coloration rouge-brun par le perchlorure de fer et la teinte rose clair par l'acide sulfurique s'observent non seulement dans les urines des individus succombant dans le coma diabétique, mais encore chez des gens amaigris, affaissés, depuis longtemps glycosuriques; 3° Ces réactions ne sont pas pathognomoniques de la présence de l'acétone; elles ne sont pas en raison directe des quantités de sucre trouvées dans l'urine; 4° On n'observe généralement pas les réactions fer-

(1) Cité par Bollinger (art. *Charbon* in *Ziemssen's Handb*, p. 453.)

rique et sulfurique chez les diabétiques gras, lors même que leur maladie remonte à une époque très éloignée.

L'année suivante, nous avons expliqué dans le *Répertoire de pharmacie* (tome XII, page 323), ce qu'il fallait entendre par *acétonurie,* nous avons montré que dans la plupart des cas de coma diabétique, que chez certains glycosuriques émaciés, usés, ce n'était pas à la présence de l'acétone que l'on devait imputer les accidents cérébraux chez les uns, et les désordres de la nutrition chez les autres, mais bien à l'existence d'un sulfo-cyanure alcalin dans l'économie. En même temps que nous donnions les raisons qui nous décidaient à conclure de la sorte, nous indiquions les procédés employés par nous pour arriver à doser ce sel à l'état de sulfocyanure de potassium. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Y a-t-il plusieurs formes d'acétonémie diabétique? A notre avis, il n'y a qu'une seule forme d'acétonémie diabétique, seulement il y a plusieurs modes de terminaison de ce processus morbide, l'un rapide et l'autre lent.

Le diabétique acétonémique est incapable de tout travail intellectuel et physique. La mémoire lui fait généralement défaut. Les idées sont un peu confuses, toutefois la volonté conserve sa vigueur habituelle. Les sentiments affectifs sont diminués.

L'affaiblissement physique est beaucoup plus marqué que l'affaiblissement des fonctions de l'entendement. C'est à peine s'il peut se lever et s'habiller. Dans la journée il n'éprouve pas le besoin de sortir; son repas terminé il s'étend sur son lit et y reste toute l'après-midi, las et somnolent. Après dîner il se couche, mais s'endort difficilement; son sommeil est entrecoupé de soupirs et mêlé de rêves plus ou moins terribles, comme chez les alcooliques. Sa respiration est anxieuse, embarrassée.

Les seules fonctions qui conservent leur intégrité normale, ce sont les fonctions digestives, le malade boit et mange avec appétit.

Dans le diabète acétonémique, quatre symptômes principaux ont attiré notre attention : 1° L'amaigrissement rapide et considérable; 2° L'affaiblissement extrême; 3° Les troubles urinaires; 4° L'odeur spéciale.

I. En quelques semaines, l'amaigrissement acquiert des proportions exagérées. Il n'est pas rare de voir des malades perdre en deux mois 15 à 18 kilogrammes. Contrairement à ce qui se passe chez les diabétiques gras et même chez certains diabétiques maigres, cet amaigrissement persiste quand il n'augmente pas. La peau privée de son tissu adipeux sous-jacent est ridée, sèche, recouverte de lamelles épidermiques très petites qui se détachent aisément au plus léger frottement. Cet amaigrissement excessif altère les traits du visage; les pommettes deviennent saillantes; les yeux renfoncés dans leur orbite sont vitreux et sans expression, les lèvres sont amincies et blanches. Les malades portent sur le visage des rides nombreuses et profondes, la peau est terne et rude. Leur physionomie nous rappelle un peu celle du singe.

II. Affaiblissement. Il porte sur l'ensemble de l'économie. Les muscles de la vie de relation amincis ont perdu une grande partie de leur pouvoir contractile. Ainsi, c'est à peine si le malade, après de nombreux efforts, peut faire mouvoir une aiguille de dynanomètre jusqu'aux premières divisions. Les muscles des membres inférieurs devenus grêles supportent difficilement le poids du corps. Les réflexes rotuliens ne jouissent pas de leur intégrité normale; toujours affaiblis même dès le début, ils finissent par disparaître lorsque la maladie est arrivée à la dernière période. Tantôt l'affaiblissement des réflexes porte sur un seul côté, tantôt sur les deux; il n'y a rien de fixe à ce sujet, le plus souvent sur les deux à la fois.

Les fonctions génésiques sont abolies.

III. Troubles urinaires. — Toutes les formes du diabète s'accompagnent ordinairement de polyurie. Aucune règle absolue n'a été cependant formulée à cet égard. Dans le diabète classique l'émission moyenne des urines est de 3 à 4 litres par 24 heures, dépassant de 1 litre et demi à 2 litres au moins l'émission normale de ce liquide. Dans le diabète acétonémique, cette moyenne s'élève pour toute la journée à 8, 10, 12 et même 14 litres.

Les caractères physiques et chimiques de l'urine méritent une attention spéciale. Très pâle, l'urine ressemble à de l'eau claire ; il n'y a guère que dans le diabète insipide qu'on observe une semblable teinte. Ses caractères chimiques spéciaux sont encore beaucoup plus marqués.

Tandis que dans le diabète du goutteux les émissions glycosiques ne dépassent pas 10 et 15 gr. dans les 24 heures, que dans le diabète gras, cette proportion varie entre 20 et 50 gr., qu'enfin dans le diabète maigre elle ne dépasse guère 80 et 100 gr. pour le même laps de temps ; dans le diabète acétonémique, l'émission glycosique atteint toujours un chiffre très élevé. Rarement nous l'avons trouvée inférieure à 100 gr. dans les 24 heures et souvent elle atteignait le chiffre de 200, 300, 400 et 500 gr. Si le sulfo-cyanure n'est pas toujours en raison directe des quantités de sucre trouvées dans l'urine, cependant les plus fortes doses ont été rencontrées dans les urines très chargées de glycose. Lorsque la maladie semble enrayée pour un certain temps, et que le sucre diminue, le sulfo-cyanure de potassium diminue également dans des proportions appréciables. Toutefois, il ne s'ensuit pas pour cela que si le sucre diminue de moitié, ou des deux tiers, le sulfo-cyanure doive baisser d'autant, il en est de même lorsque le sucre urinaire augmente, le sulfo-cyanure augmente aussi, mais dans des proportions qui ne sont pas constamment en rapport avec l'accroissement du sucre. Jusqu'ici nous n'avons pas remarqué une marche aussi parallèle.

Dans le diabète acétonémique, il arrive parfois que sous l'influence du traitement ou pour d'autres motifs le sucre tombe à quelques grammes, le sulfo-cyanure ne disparaît pas pour cela, on en retrouve toujours des traces, non dosables il est vrai, et cela durant tout le temps de l'amendement de la maladie. De telle sorte que la présence de ce sel dans l'urine du diabétique nous semble en corrélation exacte avec l'existence du glycose et ses variations diverses. Cela est si vrai que dans le diabète insipide, bien que les symptômes d'affaiblissement, d'amaigrissement, et que la polyurie soient aussi accusés que dans le diabète acétonémique, jamais cependant nous n'avons trouvé même des traces de sulfocyanure de potassium. Chez les diabétiques acétoniques, le plus ordinairement l'albumine manque d'une façon absolue; si par exception on en trouve, ce sont des traces ou des quantités si minimes qu'on peut les négliger.

L'urée est généralement augmentée dans de notables proportions. Néanmoins, il n'y a aucune relation à éta-

blir entre les doses de sulfo-cyanure et elle. De telle sorte qu'elle ne nous semble pas jouer un rôle appréciable dans les accidents prochains ou éloignés, intervenus ou à intervenir.

IV. Odeur spéciale. Il est un autre signe qui accompagne rarement la présence du sulfo-cyanure de potassium dans l'urine, c'est l'odeur de chloroforme, d'éther, de pomme reinette, etc., répandue par les malades. Tous ceux qui ont écrit sur le coma diabétique s'accordent à dire qu'en entrant dans la chambre du malade on est suffoqué par une forte odeur d'éther. Dans l'unique cas de coma diabétique qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons pas perçu une pareille odeur. La seule fois que nous l'ayons perçue, c'est chez un diabétique de 70 ans qui, avec beaucoup de sucre dans l'urine, éliminait chaque jour du sulfo-cyanure en excès. En pénétrant dans sa chambre, nous fûmes frappés de cette odeur éthérée. Elle persista quelques jours pour disparaître, bien qu'on constatât encore la présence du sulfo-cyanure.

Le diabétique acétonémique succombe de deux façons différentes : tantôt rapidement, tantôt lentement. Dans le premier cas, il meurt dans le coma diabétique, véritable attaque de delirium tremens, dont la durée varie entre un et cinq jours en moyenne. Pour que cette solution se produise, deux conditions sont nécessaires : 1° Il faut que l'urine donne la réaction de Gerhard (rouge brun à l'aide du perchlorure de fer), il faut qu'il y ait du sulfo-cyanure de potassium en notable quantité ; les accidents comateux n'étant à notre avis que le résultat de l'accumulation de ce sel dans l'économie ; 2° Il faut que le malade ait été surmené, pour cela une grande fatigue n'est pas indispensable ; un voyage un peu long en chemin de fer, accompagné de privations d'aliments, de boissons surtout, suffit le plus souvent pour produire ce résultat. Malgré cela, le coma diabétique est rare ; en compulsant les auteurs, c'est à peine si on en trouve une cinquantaine de cas dans la science, c'est peu relativement au nombre de diabétiques acétonuriques.

Dans le second cas, il meurt de phthisie pulmonaire. M. Bouchardat, dans ses nombreux et importants travaux sur la glycosurie, dit quelque part que si on examine *post mortem* les poumons d'un diabétique, on les trouve remplis de tubercules. Cette proposition ne saurait être plus exacte surtout en ce qui concerne le diabète acétonémique. A évolution lente, cette forme de tuberculose pulmonaire se traduit par des symptômes peu accusés ; c'est le type torpide qui semble prédominer. Dire qu'elle ne joue aucun rôle dans la production de certains symptômes tels que l'amaigrissement, l'affaiblissement, ce serait de l'exagération, mais ce rôle ne saurait être prépondérant. De plus, dans tous les cas observés par nous l'amaigrissement et l'affaiblissement étaient antérieurs à l'apparition de la tuberculose.

RÉCOMPENSES. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux médecins et pharmaciens qui se sont distingués pendant l'épidémie cholérique de 1885 : *Médaille d'argent de 1re classe* : M. Grousset, médecin à Alais (Gard) ; M. Bonnie, pharmacien interne à l'hôpital Bon-Rencontre à Toulon. — *Médaille d'argent de 2e classe* : MM. Duchon-Doris, Guillet, Laperverche, Lesage, internes des hôpitaux de Paris ; MM. Boulonys et Haurie, internes des hôpitaux de Toulon : M. le Dr Bordonne, adjoint au maire de Frontignan (Hérault), MM. Millaud et Molines, [illegible] des hospices de Nîmes. — *Médaille d'or de 2e classe* : M. Guerin, pharmacien en chef des hospices de Toulon. — *Mentions honorables* : MM. Moisson, Masse, Luc, Margueyrolle, Guillot, Dronce, Pelissier, Erhart, étudiants en médecine.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1) ;

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

ONZIÈME LEÇON (*Suite*).

De même, d'ailleurs, l'aspect *bénin* du syphilôme primaire annoncerait seulement qu'actuellement, le terrain de culture n'est pas propice à la pullulation du microbe ; mais n'indique nullement qu'il ne se produira pas plus tard des foyers de culture produisant des accidents graves, soit par le siège même des foyers de prolifération microbienne (syphilis cérébro-spinale, pharingo-nasale, viscérale, etc.), soit par la diffusion et la grande prolifération du microbe (syphilis maligne, cachectisante, etc.) (2).

Cependant, ainsi que je vous l'ai dit dans mes confé-

---

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 6, 7, 14 ; et 1885.

(2) Quant à la gravité des véroles exotiques, qui pourrait être invoquée, comme objection à la théorie de l'aspect variable du chancre dépendant du terrain, et en faveur de la théorie de la gravité de la syphilis dans ses premières manifestations dépendant de la nature du virus ; il ne faut pas oublier que les syphilis graves contractées dans les pays chauds, par exemple dans les colonies, se développent en général chez des sujets déprimés par les fatigues, la mauvaise hygiène, les maladies intercurrentes, etc.

Il existe cependant des cas où il semble que l'on ne puisse rattacher la gravité de certaines véroles dites exotiques à l'état de débilitation plus ou moins accentuée dans lequel se trouvait le sujet. Ainsi par exemple les deux cas suivants, que j'ai recueillis pendant mon clinicat à l'hôpital Saint-Louis.

Georges O..., vingt-sept ans, journalier, sujet très vigoureux, sans aucune tare pathologique, ni paludéen, ni alcoolique, a fait en Cochinchine, etc., quatre ans et six mois de service. Quelques jours avant de rentrer (il y a dix-huit mois en France), il contracte à Saïgon, avec une indigène, un chancre infectant survenu vingt jours après les rapports. Ce chancre ulcéreux a laissé à la face dorsale de la verge, au niveau du bord adhérent du prépuce, une cicatrice ronde, grande comme une pièce de cinquante centimes, profonde. Dès l'apparition du chancre, le malade a été soumis au traitement mercuriel. Arrivé à Toulon, on lui fit à l'hôpital militaire jusqu'à cinquante injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique. Dix jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire trente jours après l'apparition du chancre, roséole confluente généralisée. Vingt jours après cette roséole, apparition de placards de syphilides tuberculeuses qui disparurent au bout d'un traitement de cinq mois par le sirop de Gibert, pour reparaître quelque temps après sa sortie de l'hôpital militaire de Toulon et persister jusqu'à son entrée à l'hôpital Saint-Louis, malgré un traitement mixte énergique et prolongé. Quand il entra salle Saint-Louis, lit numéro 77, le 1[illegible] février 1884 dans le service du professeur Fournier, il présentait un vaste placard de syphilide tuberculeuse étendu à toute la face, sur le corps et en particulier aux épaules, aux coudes, à la face externe du bras droit, un grand nombre de placards de syphilides tuberculo-crustacées. Lésions analogues au pli fessier et à la partie postérieure de la tête. Nombreuses cicatrices consécutives à des lésions antérieures.

Jean L..., ex-marin de l'État français, entre le 16 décembre 1882 salle Saint-Louis numéro 78, dans le service du professeur Fournier. C'est un homme très vigoureux, sans aucune tare pathologique, ni paludéen, ni alcoolique. Il y a dix-neuf mois, il contracta à Java deux chancres ulcéreux de la verge, ayant laissé à leur [illegible] de profondes cicatrices. Deux mois après le début du chancre, gommes suppurées de la jambe droite, de la région sacrée, de la région [illegible] droite ayant laissé à leur suite des cicatrices profondes. En même temps, céphalées atroces, étourdissements, vertiges [illegible] chutes avec pertes de connaissance. Douleurs très vives dans les os des membres, gomme suppurée de la voûte du palais suivie d'une perforation de celle-ci. Plus tard, ozène, [illegible] de la narine gauche. Ce malade ne fut soigné [illegible] mois après le début du chancre, [illegible] se [illegible] malade de peur l'être puni, et quand enfin la *Reine Blanche* aborda à Singapour ce malade fut envoyé à l'hôpital où il fut soigné par les médecins anglais. Ce n'est qu'alors qu'il fut soumis au traitement spécifique.

rences sur les syphilis malignes précoces, les conditions pathogéniques des véroles graves sont encore bien loin d'être éclaircies, et si dans certains cas la nature du terrain a pu être invoquée, il est aussi des cas où l'on ne trouve rien, absolument rien pouvant expliquer la gravité précoce de la vérole par le mauvais état du terrain. Je n'en veux que l'exemple suivant :

En juillet 1882, mon ami, le Dr Caron, de Lille, m'envoie un jeune homme de 23 ans, de robuste constitution, sans aucune tare pathologique personnelle ou héréditaire, de vie très réglée. — En août 1879, perdant sa virginité dans une maison publique, pour fêter par une nuit d'orgie sa réception au baccalauréat, il contracte un chancre accentué, ulcéreux, qui laissa à sa suite une cicatrice nette. Dès le début du chancre, le jeune homme fut soumis au traitement hydrargyrique ; malgré ce traitement en août 1879, poussée d'ecthyma ulcéreux sur les bras et suivie de cicatrices profondes. On lui donna de l'iodure. En 1880, arthrite et périarthrite gommeuse du poignet gauche. Puis, malgré ce traitement spécifique, céphalée intense et persistante et graduellement apparition d'arthrites et péri-arthrites gommeuses et d'hypérostoses, amenant l'impotence presque complète des membres au niveau du genou droit, du poignet gauche, du coude gauche. Quand je le vis en juillet 1882, l'épaule droite commençait à se prendre et le pauvre garçon était profondément cachectisé. Malgré un traitement énergique auquel il fut soumis, cette syphilis articulaire et osseuse augmenta, j'ai appris depuis qu'après avoir consulté à Paris un grand nombre de médecins, dont plusieurs ont voulu l'amputer, ce jeune homme est mort.

Autre exemple, ce malade de la polyclinique que vous avez vu il y a quelque temps (nº 95 du recueil d'observations-hommes de la polyclinique) et qui atteint d'un chancre infectant ulcéreux, il y a 17 mois, présentait, malgré un traitement continu suivi dès le début, de vastes syphilides tuberculo-ulcéreuses des lèvres, survenues dès la première année du chancre.

Autre exemple recueilli par moi dans le service du professeur Fournier :

Emile N..., trente-cinq ans, employé, entre le 21 [illegible] Saint-Louis numéro 66, dans le service du professeur Fournier. Il [illegible] vigoureux, de taille moyenne, sans [illegible] pathologique, ne fait aucun excès. En février 1884, un chancre ulcéreux de la couronne du gland (cicatrice [illegible]). En avril, poussée de syphilides papuleuses très prononcées. [illegible] il est couvert, sur toute la surface cutanée, de [illegible] croûteuses ulcérées. L'éruption [illegible] confluente au tronc et aux bras. Céphalée intense.

Faut-il expliquer dans ces cas l'aspect mauvais du premier syphilôme et la gravité précoce de pareilles syphilis par l'excessive virulence du produit inoculé ? Ces faits sont-ils en faveur de la théorie de la gravité de la syphilis dépendant de la nature du virus ? Ne peut-on pas également se demander avec Auzias-Turenne et comme je l'ai entendu faire à Necker, en 1875, par mon maître le professeur Hardy dans une clinique remarquable, si l'absence de syphilis chez les parents, chez les ancêtres du sujet n'est pas la cause de la gravité de cette vérole par suite de l'inoculation du virus sur un terrain absolument vierge ? Nous ne pourrions émettre ici que des hypothèses ; j'aime mieux vous répéter ce que j'ai dit à propos de quelques syphilis malignes précoces de nos salles : je ne sais pas quelle est la cause de la gravité de la vérole chez ce sujet si bien portant antérieurement.

En résumé, le chancre étant vu, on peut dire seulement et encore avec réserve : *voici un syphilôme primaire grave*, il est probable que les premières poussées syphilitiques seront intenses. Que sera la syphilis plus tard ? Nous n'en savons rien. Il est possible qu'elle devienne bénigne et qu'elle s'éteigne (1).

Il est possible que cette syphilis demeure grave. Enfin il est possible, ce qui est plus rare d'ailleurs, qu'elle soit très légère dès le début (2). J'ai suffisamment insisté, je pense, *sur les syphilis graves consécutives à des chancres intenses.*

Mais, Messieurs, si au contraire vous vous trouvez en présence d'un *syphilôme primaire bénin d'aspect*, peu accentué, non ulcéreux, en conclurez-vous pour cela que les accidents ultérieurs sont bénins ? Certes non. Vous réserverez votre pronostic et vous ferez bien. Vous n'oublierez pas que nombre de véroles et des plus graves sont consécutives à des chancres des plus bénins en apparence. Je n'en veux qu'un exemple entre mille et je le prends dans nos salles :

Edouard D..., couché actuellement dans le lit numéro 20 de notre salle Saint-Antoine, charbonnier, vingt-cinq ans, est un homme très vigoureux, mais un peu alcoolique. Il n'a jamais été malade. Il est entré, en janvier 1883, à Saint-Sauveur pour un petit chancre infectant de la face interne du prépuce (petit chancre papulo-érosif rapidement guéri), n'ayant laissé à sa suite aucune cicatrice. Ce chancre fut suivi de papules muqueuses et de syphilides érythémateuses et papuleuses. Dès le début de sa syphilis céphalée intense ayant persisté jusqu'à sa rentrée à Saint-Sauveur le 6 décembre 1884, et cela malgré un traitement mixte [illegible] dès le début. Il est rentré dans le service le 6 décembre 1884 pour une blennorrhagie, et ne tarda pas à quitter l'hôpital, malgré notre avis. En février 1885, il rentre dans le service pour une série de troubles du côté de l'urination, qui au premier abord auraient pu faire croire à un rétrécissement de l'urèthre, mais après examen je conclus à des troubles de l'urination provenant d'une lésion spinale au début. Je vous fis même une leçon sur ce malade, vous disant que nous étions en présence d'un [illegible] urinaire, et que ces troubles intenses du côté de la miction, ainsi que quelques légers troubles de la sensibilité et de la motilité du côté de la jambe gauche me faisaient redouter une complication grave du côté de la moelle. Pour arrêter cette myélite, je prescrivis aussitôt un traitement [illegible] énergique. Malheureusement [illegible] malade voulut de nouveau quitter l'hôpital, malgré notre avis. [illegible] lui dire qu'il était menacé d'une paralysie, il [illegible] guéri et capable de reprendre son travail. Le 30 mars 1885, il rentre de nouveau à l'hôpital. Les troubles [illegible] paraplégie incomplète, de [illegible] traitement spécifique [illegible] amélioration notable [illegible] [illegible] 19 [illegible] 1885 [illegible] paralysie complète [illegible]

(1) [illegible] Un jeune homme [illegible] chancre infectant [illegible] premiers mois de sa vérole [illegible] syphilis [illegible] Grâce au traitement [illegible]

(2) J'ai [illegible] exemple [illegible] observations [illegible] chancre infectant [illegible] que, un moment [illegible] chancre simple [illegible] que.

Les premières poussées syphilitiques [illegible] bénignes chez cet enfant, il n'est qu'une roséole des plus discrètes. Je vous fais remarquer en passant qu'il était fortement strumeux.

des sphincters, disparition de la sensibilité, avec œdème des membres inférieurs, et bientôt eschares énormes des régions sacrée et trochantériennes. Grâce à un traitement spécifique énergique, aidé par des cautérisations le long du rachis, etc, nous avons pu, en partie, enrayer cette myélite, et actuellement le malade peut remuer facilement son membre inférieur gauche, il peut se lever, la sensibilité est revenue en partie, la paralysie des sphincters a disparu ; mais le pronostic n'en est pas moins encore très sombre.

Donc si l'on peut dire que souvent le ehanere grave indique une vérole grave, immédiatement ou dans ses premières poussées tout au moins ; on peut dire aussi que souvent le ehanere léger sera l'origine d'une vérole grave, sinon immédiatement ou dans ses premières poussées, mais tout au moins plus tard, dans la période tertiaire par exemple. En fait de syphilis, eomme en toute autre chose d'ailleurs, l'avenir n'est à personne.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'extirpation du larynx.

Nous avons vu préeédemment (1) que l'extirpation du larynx a fourni 32 guérisons et 64 morts, et analysé ees 64 eas de morts ; voyons maintenant les eas de guérison (2).

Ces 32 guérisons se déeomposent ainsi : 23 pour les épithéliomes, dont 21 pour les extirpations totales et 2 pour les partielles. Elles datent de 4 ans, 2 ans, 19, 18, 17, 16, 14 (2 dont une extirpation partielle), de 12 (une), de 11, 8, 5, 4, 2 (deux) mois. Pour les 7 derniers nous ne eonnaissons que le résultat de quelques semaines. 3 pour les sareomes dont deux extirpations totales et une partielle ; elles remontent à 6 ans, 5 ans et 3 ans (la partielle) ; 3 pour les rétréeissements, nécroses, ete., dont une totale (polype) et deux partielles (papillome et sténose eonséeutive à la fièvre typhoïde) ; 3 pour des affeetions dont nous ne eonnaissons pas la nature (eaneer ou sarcome) : ee sont des extirpations partielles exéeutées l'une il y a deux ans, et les autres il y a quelques mois seulement.

En eomparant la proportion des morts et des guérisons nous voyons que pour l'épithélioma, après avoir retranehé les einq dernières extirpations dont les nouvelles dépassent moins de deux mois et un cas dont le résultat nous est inconnu, il y a 47 morts et 15 guérisons, e'est-à dire que la guérison ne survînt que dans le quart des cas, si l'on peut appeler guéris les malades opérés de 2 mois à un an. Le tiers des opérés succombe dans la première semaine au shock, à l'épuisement, à la pleurésie, à l'embolie pulmonaire, à l'hémorrhagie (2 fois), au eollapsus (3 fois) et à la pneumonie (11 fois). Dans le premier mois, il y a 8 morts (c'est-à-dire que le cinquième des survivants sueeombe) dont 6 par pneumonie, et dans les einq mois suivants la mortalité est de 12 par pneumonie, réeidive, ete., e'est-à-dire que plus du tiers des survivants suecombe eneore. Les suites du sareome sont plus favorables puisque des 7 morts 5 ont véeu de 7 à 18 mois. Ici la guérison survint dans presque la moitié des eas. Mais sur les dix malades opérés pour rétréeissement, sténose, ete., 5 ont véeu moins de 3 mois, un moins de 6 et le dernier moins d'un an. Plus des deux tiers des opérés meurent.

Ainsi dans les extirpations du larynx, la mort survient avant le sixième mois dans plus des deux tiers des cas, si l'on fait exeeption toutefois pour les sareomes, où l'on n'a noté que deux fois une pareille rapidité de la mortalité.

Dans l'extirpation partielle, le sueeès est obtenu deux fois sur trois, tandis que dans l'extirpation totale la mort survient dans plus des deux tiers des cas, et la moitié des opérés ne dépasse pas le quatrième mois.

Indications.— L'extirpation totale du larynx semble être indiquée dans le eas de néoplasmes malins qui, ayant envahi plus de la moitié de l'organe, ont épargné les parties voisines. Il ne faut pas opérer les malades trop avancés en âge. Toutefois, un des opérés de Hahn a eependant guéri, quoiqu'il fut âgé de 67 ans, aucun aeeident n'étant eneore survenu 3 ans 1/2 après l'extirpation.

Cette opération est eontre-indiquée dans tous les eas de néoplasmes bénins, de papillômes, de périehondrite ou de néerose du cartilage et dans les eas de tumeurs malignes ayant envahi les parties voisines ou des organes plus éloignés. On doit aussi refuser l'opération lorsque le malade est en outre atteint d'une affection grave.

L'extirpation partielle est préférable à l'extirpation totale d'autant plus que la réeidive n'est pas plus fréquente dans le premier eas que dans le second. Il faut eneore tenir eompte de ee qu'avec la réseetion partielle le malade peut se passer de eanule. Le malade peut alors parler avee une voix pharyngée basse. Dans certains eas même, une nouvelle glotte se forme. D'un côté, une corde vocale la limite, de l'autre est un tissu eicatrieiel qui remplit la fonction du ruban vocal d'où production d'une voix laryngée bien supérieure à eelle de tous les larynx artificiels. L'extirpation partielle sera pratiquée dans les cas de néoplasmes malins ne dépassant pas la moitié du larynx, dans eertains rétréeissements dus à la transformation fibreuse des tissus et à l'hypertrophie ou à l'ossification des eartilages, qui empêchent l'emploi des moyens ordinaires de dilatation.

Mais on ne doit pas recourir à eette opération pour guérir les rétréeissements simples, les papillomes, les périchondrites et les nécroses des cartilages.

Procédé opératoire — Trachéotomie préalable. — Dans la plupart des eas, la trachéotomie a été faite préalablement soit pour cause de dyspnée, soit spécialement en vue de l'extirpation du larynx, eomme l'a conseillé Czerny, ou encore pour enlever la tumeur du larynx sans extirper l'organe lui-meme.

On a tour à tour soutenu que la trachéotomie faite deux semaines environ avant l'extirpation de l'organe

(1) Voir *Progrès médical*, n° 13, 1886, p. 263.

(2) Nous devons faire les rectifications suivantes : Dans le tableau des cas d'extirpation du larynx paru dans le n° 13, le n° 66 de Novaro est le même malade que le n° 44 ; à la suite d'une récidive, ce malade a été opéré le 6 janvier ; mort 11 jours après d'hémorrhagie. Le n° 69 est mort 13 mois après l'opération. — A ce tableau on doit ajouter encore : 1° 26 juillet 1882, homme de 52 ans, carcinome ; extirpation totale ; guérison en décembre 1882. — 2° 18 août 1882, homme de 72 ans ; épithéliome ; extirpation totale ; mort le 19 avril 1883 par suffocation. — 3° 26 mars 1885, homme de 64 ans ; épithéliome de la moitié gauche du larynx ; extirpation totale ; mort de pneumonie. — 4° 13 mars 1886, homme de 35 ans ; épithéliome de la moitié gauche du larynx ; extirpation totale ; guérison au 4 avril. Ces derniers cas ne seront pas discutés ici ; ils sont dus à MM. Novaro et Pean.

permettait aux malades de reprendre des forces, qu'elle habituait la muqueuse des voies aériennes à l'action directe de l'air dans ce conduit et aux chatouillements produits par la canule ; qu'elle avait l'avantage de fixer solidement la trachée aux téguments et d'empêcher aussi un trop grand abaissement du tube aérien et l'écoulement du sang et du pus dans la trachée pendant et après l'opération. Grâce à elle on peut ainsi obtenir l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération.

Anesthésie. — Les chirurgiens ont eu généralement recours à l'anesthésie par le chloroforme, ou par le mélange d'alcool, d'éther et de chloroforme, ou par le bichlorure de méthylène (Heine). Un certain nombre d'entre eux ont fait en outre usage d'injections sous-cutanées de morphine. Bottini a préféré employer des pulvérisations d'éther sur la peau, mais il a été gêné par la résistance et les mouvements de son malade qu'il n'avait pas endormi. Si la trachéotomie préalable n'a pas été déjà faite, on la pratique alors le plus bas possible ; puis on fait le tamponnement de la trachée.

Tamponnement. — Après avoir enlevé la canule et avoir élargi au besoin l'ouverture trachéale, on y introduit la canule-tampon de Tredelenbourg (*fig.* 30). Cette canule est composée d'un manchon de caoutchouc fixé à la partie inférieure et rétrécie d'une canule ordinaire portant en outre un tube qui se termine d'une part dans

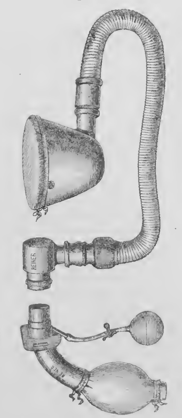


Fig. 30. — Canule-tampon de Tredelenbourg.

l'intérieur du manchon, et, d'autre part, à une poire en caoutchouc permettant ainsi le gonflement du manchon lorsque la canule est en place. Le tampon de Tredelenbourg s'applique alors sur les parois internes de la trachée et empêche ainsi le sang de pénétrer dans les voies aériennes tout en laissant libre la respiration par la canule trachéale. Une pince fixée sur le tube en caoutchouc reliant le ballon à la canule empêche le tampon de se dégonfler. Il est bon d'avoir à sa disposition plusieurs canules de Tredelenbourg au cas où l'une ou l'autre ne viendrait pas à fonctionner d'une manière convenable.

Le tamponnement au moyen de l'appareil de Tredelenbourg a été conseillé par Heine, Langenbeck, Bruns, Caselli, Schoenborn., etc. Billroth dit qu'il a été plutôt gêné que bien servi par cet appareil obturateur, et Bottini avoue que le tamponnement ainsi pratiqué n'a pas d'avantage : « Si le sac se distend comme il faut, il peut aussi distendre trop la lumière de la trachée, et le malade ne peut plus supporter l'instrument. Si, au contraire, le manchon de caoutchouc est réduit assez pour être toléré, le sang s'insinue entre la membrane obturatrice et les parois trachéales augmentant ainsi les dangers que l'on essaie d'éviter. » Il ne faut distendre complètement le manchon que quand la narcose est confirmée.

Malgré l'emploi de la canule de Tredelenbourg, et afin d'éviter l'introduction du sang dans les voies aériennes, Caselli et Lange conseillent de donner à la tête une position déclive, comme l'a recommandé Rose. Certains opérateurs même, au lieu de tamponner la trachée, se contentent de placer leur malade dans la position de Rose. Hahn préfère à l'appareil de Tredelenbourg une canule dont l'extrémité inférieure est entourée d'éponge préparée ; Bottini place un fragment de tube élastique dans la canule après avoir pratiqué la trachéotomie préalable, tandis qu'Albert n'introduit le tuyau en caoutchouc qu'après avoir séparé la trachée du larynx ; il évite ainsi la trachéotomie.

Si on fait usage du tampon de Tredelenbourg, on y introduit le tube de l'appareil à chloroformiser. Cet appareil se compose d'un tube métallique, f, s'adaptant d'une part à l'extrémité de la canule trachéale, e, et d'autre part se continuant par un tube en caoutchouc, g, terminé par une partie métallique évasée en forme d'entonnoir, h, et fermée par un morceau de taffetas sur lequel on verse le chloroforme. Les parties métalliques coudées à angle droit peuvent exécuter un mouvement de rotation complet autour de leur axe. Grâce à ce tube, on peut donner le chloroforme à distance.

Opération. — L'opération de l'extirpation du larynx comporte trois temps : découvrir le larynx, l'isoler et l'enlever.

1er *temps.* Pour découvrir le larynx on peut faire une incision unique le long de la ligne médiane du cou, aux extrémités de laquelle on pratique une ou deux incisions perpendiculaires de manière à avoir deux lambeaux latéraux. L'incision médiane doit commencer à un centimètre environ au-dessus de l'os hyoïde et s'étendre jusqu'à la fistule trachéale, sans arriver toutefois au bord supérieur de la cicatrice, si cela est possible. En faisant une deuxième incision partant de l'extrémité supérieure de la première et se dirigeant transversalement du bord interne du sterno-cleido-mastoïdien droit jusqu'au même muscle de l'autre côté du cou, on obtient l'incision en T, que Langenbeck a recommandée. Bottini fait de plus une incision perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la ligne médiane.

2e *temps*. Avant d'aller plus loin, Schoenborn a conseillé de pratiquer la laryngotomie pour voir l'intérieur du larynx. Cet avis n'est pas partagé par un grand nombre d'auteurs qui engagent à isoler le larynx en se servant d'une pince, d'une sonde cannelée et du couteau galvanocaustique (Bottini). On détache ainsi les insertions musculaires et on dénude les faces latérales du larynx en évitant avec soin les vaisseaux et les nerfs. Au dire de Bottini la compression du pneumogastrique produirait la syncope.

3e *temps*. On peut pratiquer l'extirpation de bas en haut à l'exemple de Czerny, de Billroth, de Heine, de Schœnborn, etc., ou de haut en bas, comme Maas et Langenbeck. Dans le procédé de bas en haut, on attire le larynx en avant au moyen d'une érigne et on sectionne la trachée immédiatement au-dessous du cricoïde; soit avec le bistouri ou avec l'anse galvanique (Caselli). Si le tamponnement n'a pas été fait, il faut alors placer immédiatement dans la trachée une canule préparée à l'avance ou un tube en caoutchouc dont le calibre obstruera complètement la lumière du canal aérien. On divise alors la paroi postérieure du larynx en évitant de blesser l'œsophage; et on attire le larynx en avant de manière à l'isoler de toute la paroi antérieure du canal alimentaire jusqu'à son bord supérieur; puis on incise la membrane thyro-hyoïdienne. Le larynx est ainsi enlevé sans l'épiglotte qu'on résèque ensuite si cela est nécessaire.

Dans le procédé de haut en bas, on sectionne d'abord les ligaments thyro-hyoïdien et thyro-épiglottique; puis on attire le larynx en avant et après avoir coupé les attaches latérales du larynx et de l'œsophage, on fait la section de l'organe vocal au-dessous du cartilage cricoïde ou mieux on divise celui-ci à l'aide de la pince de Liston, et on laisse ainsi autour de l'ouverture supérieure de la trachée un anneau qui empêche la rétraction. Il est évident que pour agir ainsi, il ne faut pas que le cricoïde soit envahi par la tumeur.

Pour effectuer l'extirpation, Bottini recommande d'introduire dans la trachée une sonde qui sert de guide dans l'incision de ce canal. Après avoir fait une incision en T et avoir pratiqué une ouverture au thyroïde, Hahn conseille d'examiner l'intérieur du larynx pour savoir si l'on doit faire l'extirpation totale ou unilatérale.

Dans ce dernier cas, il détache le thyroïde et fend le cricoïde qu'il enlève en partie. Dans les cas d'extirpation totale, après avoir divisé le cricoïde, il tamponne la cavité avec de la gaze et détache les parties molles du côté opposé et sépare ce cartilage de la trachée, puis il enlève le larynx en commençant par sa partie inférieure.

L'extirpation étant terminée, on voit alors la paroi postérieure du pharyx et l'ouverture supérieure de la trachée. On lie les vaisseaux et on remplace l'appareil de Tredelenbourg par une canule trachéale ou par une canule en forme de ⊦ surmontée d'un gros tube en caoutchouc fermé à son extrémité supérieure tant que la secrétion des mucosités est abondante; on retire alors le bouchon de manière à permettre au malade de respirer par la bouche en obstruant l'orifice trachéal de cette canule (Bruns); puis on place à demeure une sonde œsophagienne et on fait les points de suture nécessaires pour le rapprochement des lèvres de la plaie. Ensuite on applique un pansement phéniqué ou iodoformé. On fait aussi usage de gaze phéniquée ou de gaze trempée dans l'eau alcoolisée ou dans une solution de chlorure de zinc. Hahn a conseillé de réunir l'œsophage à la membrane thyroïdienne de manière à établir une occlusion provisoire permettant aux opérés de déglutir. Les sutures sont enlevées vers le quatrième ou cinquième jour.

Pendant les premiers jours le malade est exclusivement nourri par la sonde œsophagienne, mais la plupart du temps, vers le quinzième jour et même le huitième (Billroth) il peut commencer à prendre lui-même des aliments mous. Vers le vingtième jour habituellement le malade peut se passer de la sonde pour se nourrir. Quelques jours plus tard on essaiera de lui appliquer le larynx artificiel.

Après l'opération, on doit craindre l'hémorrhagie secondaire et surtout la pneumonie. Pour l'éviter, il est bon d'employer le tamponnement permanent de la trachée et de recouvrir la canule trachéale par un tube à drainage d'un calibre égal à celui de la trachée. On peut encore y ajouter l'emploi d'inhalations ou de solutions d'acide phénique, de benzoate de soude, etc.; il n'est pas nécessaire que le malade inhale directement ces substances; il suffit que l'air respiré soit chargé de ces vapeurs. Pour empêcher le pus de pénétrer dans le médiastin et pour ne pas avoir à redouter la pneumonie, on a recommandé de placer les opérés la tête renversée en arrière de manière que l'ouverture trachéale fût la partie de la plaie la plus élevée pendant les 6 ou 7 premiers jours.

Larynx artificiel. — Afin de remédier à la perte de la voix, on a fait usage d'un larynx artificiel. *Le larynx de Gussenbauer* (*fig.* 31) se compose de deux canules coudées, en caoutchouc durci. L'une d'elles doit s'introduire dans la trachée pour permettre la respiration, l'autre est adaptée par son extrémité inférieure à la première; elle amène le courant d'air dans l'arrière-bouche



Fig. 31. — Larynx artificiel.

et la cavité buccale. Après avoir introduit ces deux canules on les attache par un ruban autour du cou. On leur adapte ensuite une troisième canule en argent qui est destinée à la phonation. Elle contient une languette métallique qui vibre par le courant d'air expiré. Ces vibrations sont transmises à l'air de la canule supérieure et le son résultant est articulé dans les cavités pharyngienne et cricoïde. De l'épaisseur et la longueur de la

languette métallique dépendent la hauteur de la voix. Le *larynx de Bruns* est formé d'un tuyau élastique, aplati, anguleux à sa partie supéreiure qui supporte deux membranes de caoutchouc se touchant par leurs bords libres. Ces membranes vibrent comme la lame précédente, lorsque l'orifice externe de la canule trachéale se ferme au moyen d'une soupape. Heine et Schmidt ont fait l'application du larynx artificiel immédiatement après l'opération, d'autres chirurgiens ont attendu de trois à cinq semaines. Leisrink a employé le larynx de Gussenbauer au 22e jour, chez un opéré qui ne put pas le supporter quoiqu'il parlât très bien avec cet appareil. On mit alors un larynx en argent de Bruns, qui mieux supporté ne permit pas cependant au malade de parler ; alors Leisrink employa le larynx de Bruns avec la canule phonétique de Gussenbauer.

J. BARATOUX.

Ouverture du cours de physiologie. M. Béclard.

M. BÉCLARD, que les devoirs et les charges pénibles du décanat — devoirs et charges dont il s'acquitte avec une activité et une conscience dignes d'éloges — avaient tenu éloigné de l'enseignement depuis quatre années, a repris son cours le lundi 22 mars. Le grand amphithéâtre de la Faculté était petit pour cette circonstance solennelle et les élèves ont fait au professeur qu'ils regrettaient le plus chaleureux accueil.

Dans sa première leçon, le professeur a exposé aux élèves de quelle façon il comprenait l'enseignement de la physiologie. M. Béclard, ayant jugé avec raison, qu'un cours doctrinal, si pratiquement qu'il fût conçu, restait insuffisant pour fixer dans la mémoire des auditeurs les notions complexes de la physiologie, tient à donner à son enseignement le caractère pratique qu'il doit comporter. Dans ce but, le professeur fera le lundi et le mercredi de chaque semaine les leçons doctrinales dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et, le vendredi, à la même heure, à 4 heures, il réunira les élèves dans un des pavillons de l'Ecole pratique pour leur faire voir et toucher, dans une séance de démonstration, la preuve expérimentale des faits exposés dans les séances précédentes. La première séance a eu lieu le vendredi 26.

A ce propos, nous regretterons avec M. Béclard que les lenteurs inexcusables d'un architecte gouvernemental privent le professeur de physiologie du local nécessaire à son enseignement ; nous prions M. le Doyen d'intervenir une fois de plus auprès de l'autorité lente et compétente (?), au nom du professeur de physiologie et de son auditoire, pour hâter l'achèvement de nouveaux locaux de la Faculté.

Il nous paraît tout à fait inutile d'engager les élèves à suivre les leçons théoriques et pratiques de M. Béclard ; la clarté, la méthode parfaite du professeur qui excelle à présenter sous une forme simple et presque attrayante les sujets les plus ardus de la physiologie sont connues et justement appréciées.

AUTOPSIES. — M. P..., ancien élève de l'École polytechnique, s[illegible] et attaché en qualité de professeur à plusieurs établissements d'enseignement de Paris, est mort tout récemment. Le lendemain du décès, le Doyen de la Faculté de médecine recevait communication du testament de M. B..., qui exprimait, au nombre de ses dernières volontés, le désir formel d'être autopsié par le Dr Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine, en présence de tous ses élèves. M. B... abandonnait ensuite son corps à l'École pratique de l'École de médecine, pour servir aux dissections des étudiants. Les choses se sont passées ainsi que le défunt les avait réglées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. CH. BOUCHARD continue ses recherches sur *la toxicité urinaire* dont il étudie aujourd'hui les variations pendant la veille et pendant le sommeil. Les urines du sommeil ont toujours une toxicité totale moindre que les urines secrétées pendant un temps égal de la période de veille : en huit heures de sommeil, l'homme élimine de deux à quatre fois moins de poison urinaire que pendant huit heures de veille. Au moment du réveil, l'intensité de la sécrétion toxique est cinq fois plus considérable qu'au moment où l'homme s'endort : ces différences ne paraissent pas dues à l'alimentation. Les urines du sommeil sont toujours franchement convulsivantes, celles de la veille ne le sont pas ou le sont très faiblement, mais elles sont narcotiques. Pendant la veille, le corps fabrique une substance qui accumulée produirait le sommeil : pendant le sommeil, il élabore, au lieu de cette substance narcotique, une substance convulsivante qui accumulée pourrait produire la secousse musculaire et provoquer le réveil. Ces deux ordres de poisons sont d'ailleurs antagonistes : l'un est le contre-poison de l'autre : si l'on mélange les urines de la veille et celles du sommeil proportionnellement à leurs masses respectives, la toxicité du mélange peut être moindre que celle de l'urine la moins toxique. Pour déterminer le coefficient urotoxique d'un individu, il ne faut donc pas opérer sur le mélange des urines de vingt-quatre heures.

M. C. PHISALIX a étudié le mode de formation des *Chromatophores chez les Céphalopodes*, en suivant les travaux de MM. R. Blanchard et Girod. Dans le chromatophore, tout se passe comme si l'on avait affaire à des cellules amiboïdes s'accumulant dans une lacune du tissu conjonctif où elles meurent après avoir subi une dégénérescence pigmentaire.

M. CH. CORNEVIN a fait des recherches *sur l'empoisonnement par quelques espèces de Cytises*, les plus dangereux des végétaux de notre flore. L'extrait de Cytise est un excitant : à la période d'excitation succède une phase de coma avec nausées et vomissements, ralentissement de la fonction respiratoire, abaissement de la température centrale, puis titubation et incoordination des mouvements. La mort arrive par arrêt de la respiration, puis du cœur. Le principe toxique est éliminé par les reins. Si cette élimination n'est pas assez rapide, il se localise sur les centres nerveux et surtout sur le bulbe.

M. GAZAGNAIRE communique les résultats de ses observations sur *les glandes salivaires des Coléoptères*.

L'Académie procède à l'élection d'un secrétaire perpétuel, pour les sciences physiques, en remplacement de feu M. Jamin. Après trois tours de scrutin M. VULPIAN est élu par 26 suffrages contre 24 attribués à M. A. MILNE-EDWARDS. La nomination de M. Vulpian sera soumise à l'approbation du Président de la République.

PAUL LOYE

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. D'ARSONVAL complète sa précédente communication sur le dégagement de l'acide carbonique pendant la respiration et explique les modifications qu'il a apportées à son appareil.

M. DUPUY, ayant enlevé les centres dits psycho-moteurs chez divers chiens, a remarqué que ceux qui avaient été opérés à l'aide du thermo-cautère succombaient rapidement et qu'on trouvait alors à l'autopsie un ramollissement étendu de la moelle, sur la nature duquel l'auteur, qui n'a pas fait d'examens microscopiques, n'est pas fixé.

M. D'ARSONVAL remet une note de M. CHARPENTIER sur

les sensations de poids. Ce qui fait la sensation, ce n'est pas le poids absolu, mais le nombre des papilles pressées ; la sensation est fonction directe de la compression que subissent les papilles du derme. - Le même auteur montre un dispositif spécial destiné à apprécier l'intensité du son à travers les corps vivants.

M. Assaky offre à la Société sa thèse sur la *suture des nerfs à distance*. Il a appliqué avec succès à la chirurgie les beaux travaux de M. Ranvier sur la régénération des nerfs ; les fils de catgut qui réunissent les troncs nerveux sectionnés servent de conducteurs à la régénération.

M. d'Arsonval s'est demandé depuis longtemps, admettant d'ailleurs que l'action à distance de l'excitation nerveuse se rapproche au plus près de l'action électrique, comment il se faisait que les deux vitesses de transmission étaient différentes, celle du nerf étant de beaucoup plus petite. Il interprète alors ce fait en l'assimilant au phénomène d'ordre de tension superficielle connu sous le nom de phénomène de Lippmann. Il passe de là à l'étude de l'organe électrique du gymnote et conclut que la machine électrique qui s'en appproche le plus n'est autre que la machine à courants alternatifs.

M. Mégnin remet une note de M. Neumann sur une forme de parasite de la peau chez les gallinacés. A ce propos, le présentateur rappelle que le favus qui a été décrit chez ces animaux n'est pas véritable et qu'il est constitué, comme il l'a démontré lui-même, par un champignon auquel il a proposé de donner le nom d'*Epidermophytosa gallinæ*.

M. Gréhant complète sa réfutation des objections émises par M. Kreis contre sa théorie de l'élimination en nature de l'oxyde de carbone. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 avril. — Présidence de M. U. Trélat.

M. Béchamp vient répondre aux théories émises par M. Gautier et expose ses idées sur l'origine des ferments en pathologie. Il divise son travail en quatre parties et traite successivement : 1° Les matières albumimoïdes et les transformations qu'elles subissent ; 2° L'origine des vibrioniens en général ; 3° Les microzymas ; 4° Les applications des leucomaines et des microzymas à la pathologie. Il explique le rôle de l'urée dans les phénomènes pathologiques et donne à ce sujet une théorie de la formation de l'urée et émet sur la constitution de cet alcaloïde certaines idées contre lesquelles M. Gautier s'élève.

M. Vulliet (de Genève) donne lecture d'un *nouveau procédé de dilatation de la cavité utérine et de son application aux affections de cet organe*. Ce procédé de dilatation *progressive* et *continue* consiste à introduire dans la cavité du col des tampons d'iodoforme de dimensions variables. Ces tampons sont attachés à leur centre par un double fil ; pour les préparer on les plonge dans une solution éthérée d'iodoforme au dixième et on les fait sécher rapidement par la simple agitation dans l'air. La malade étant placée dans la position genu-pectorale, le siège très haut et les reins formant une véritable ensellure, on peut commencer d'abord la dilatation de l'orifice utérin, lorsque celle-ci n'est pas déjà commencée, en faisant pénétrer dans l'utérus soit une sonde uterine, soit une bougie uréthrale, soit un dilatateur ; puis on porte ensuite les tampons à l'orifice externe au moyen de pinces très longues : on pousse petit à petit ces tampons qui doivent bientôt franchir l'orifice interne et pénétrer complètement dans la cavité. Dès la première séance on arrivera à introduire trois ou quatre tampons qu'on laissera en place vingt-quatre heures ou quarante-huit au plus.

On les retire au bout de ce temps et on lave antiseptiquement la cavité ; puis on les remplace par d'autres dont le nombre doit aller en augmentant à chaque séance. Jamais la cavité ne devra rester vide si l'on veut obtenir un bon résultat. Si l'on veut activer la dilatation et en franchir rapidement les étapes, on pourra au bout de quelques jours se servir pour dilater la cavité utérine de tiges de laminaria complètement désinfectées. Quand la dilatation est complète et s'est faite régulièrement, le col s'efface et il ne forme plus qu'un mince bourrelet qui n'apporte aucun obstacle à l'inspection de la cavité utérine ; les parois internes de l'utérus sont alors visibles dans toute leur étendue et l'on peut inspecter la cavité dans toutes ses parties ; il est alors facile de porter sous le contrôle de la vue, en quelque région que ce soit des parois des instruments tels que fer rouge, bistouri, curette. C'est dans ces conditions que M. Vulliet a pu montrer au professeur Schiff une cavité utérine en pleine période de menstruation ; il a déjà employé cette méthode pour de nombreux cas de cancers utérins, pour trois cas de polypes fibreux faisant saillie dans l'intérieur de l'utérus et pour des cas d'endométrite. Suivant l'auteur ce procédé permet des lavages absolument complets ; il facilite les manœuvres sur ces organes et prévient mieux que tout autre les accidents septiques ; il n'amène jamais d'accidents entre les mains des gens prudents et rigoureusement antiseptiques ; il est destiné à faciliter la thérapeutique des affections locales de l'utérus et à rendre les plus grands services à la gynécologie. A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 février 1886. — Présidence de M. Cornil.

1. — M. Besançon présente un *cancer de l'œsophage ouvert dans le médiastin*. Le malade n'avait eu ni hématémèse ni melœna, mais seulement de la dysphagie depuis trois mois ; une matité considérable à gauche et en arrière fait penser à un épanchement pleural. A l'autopsie on ne trouve rien dans la plèvre, mais une poche purulente dans le médiastin, en contact avec la tumeur œsophagienne ulcérée. Il y a une généralisation du néoplasme dans le poumon droit et dans les deux reins.

2. Fracture ancienne de la rotule. Type 4 modifié ; par les Drs Poirier et Chaput, prosecteurs à la Faculté.

Cette pièce provient d'un cadavre de l'Ecole pratique ; pas de renseignements.

Description. — Le *fragment supérieur* épais et volumineux mesure 32 à 35 mil. en hauteur, 6 cent. de largeur. Le *cal* est souple et mince, il mesure dans l'extension 2 cent., dans la flexion maxima de 35 à 40 mil. Le *fragment inférieur* est mince et aplati, il mesure 3 cent. verticalement, 3 cent. transversalement. Grâce à la souplesse du cal les deux fragments sont parfaitement mobiles l'un sur l'autre dans le sens transversal. Le fragment inférieur est distant de la tubérosité antérieure du tibia d'environ 2 centimètres.

L'*extension* s'effectue puissamment grâce aux expansions latérales des triceps qui réunissent solidement les deux fragments au voisinage des bords latéraux du cal.

La *flexion* dépasse notablement l'angle droit. Elle est à peu près normale. Pendant la flexion le cal s'allonge notablement (de 2 cent.), le fragment supérieur descend de 2 à 3 cent. mais reste fixé sur la partie la plus élevée de la trochlée fémorale, de telle sorte que son plan se trouve perpendiculaire à celui du fragment inférieur.

Nous avons donc tous les éléments qui nous permettent de dire qu'il s'agit d'un type 4 (allongement du cal et position réciproquement perpendiculaire des deux fragments pendant la flexion).

D'autre part, comme la flexion est redevenue normale, il s'agit d'un type 4 corrigé grâce vraisemblablement à l'allongement progressif du cal.

On sait enfin que l'un de nous admet deux variétés de type 4. L'une dans laquelle l'arrêt de flexion est dû à l'apparition d'un tubercule développé sur le fragment supérieur : Tubercule d'arrêt. L'autre dans laquelle la flexion se trouve limitée parce que le cal tire sur le fragment supérieur dans une direction perpendiculaire au plan de ce fragment, de telle sorte qu'il l'applique avec force contre le fémur au lieu de le faire glisser à sa surface. L'examen extérieur du fragment nous permit d'affirmer par avance l'absence de tubercule d'arrêt. L'ouverture de l'articulation nous a démontré l'exactitude de notre supposition.

3. Kyste synovial articulaire poplité ; par M. le Dr Poirier, prosecteur à la Faculté.

J'ai eu l'honneur de vous présenter il y a quelques semaines un kyste synovial articulaire poplité, qui était un prolongement ou hernie de cette partie de la synoviale articulaire du genou qui se prolonge sous le muscle poplité. Vous vous rappelez, sans doute, Messieurs, que ce kyste était composé de deux parties, une masse kystique principale, siégeant au milieu du mollet dans l'épaisseur du soléaire dilacéré, et d'un long pédicule, également kystique, qui, passant sous le muscle poplité, rattachait notre kyste au prolongement poplité de la synoviale du genou et en expliquait la formation.

Je vous présente aujourd'hui une pièce sur laquelle on peut voir le mode d'origine et les premiers degrés de l'évolution de ces kystes poplités.

Kyste poplité de la bulle poplitée. — En disséquant le creux poplité d'un sujet âgé de 45 ans environ et dont nous avions injecté la synoviale du genou, nous trouvons un kyste qui présente les particularités suivantes : Situé entre la face postérieure du tibia et antérieure du muscle poplité, il est de forme ovoïde et se rattache par un pédicule mince, mais kystique à la partie centrale de la bulle poplitée (prolongement poplité de la synoviale articulaire du genou). La longueur totale est de 3 centimètres dont deux pour le corps et un pour le pédicule. Ses parois sont extrêmement minces et laissent apercevoir par transparence la gelée de coing qui le remplit. La poche principale paraît uniloculaire ; mais le pédicule semble formé de plusieurs petits kystes accolés et indépendants, ce dont nous nous assurerons lorsque nous pourrons isoler le kyste. Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que ce kyste en augmentant n'eût pu devenir autre chose qu'un kyste semblable à celui qui a fait l'objet de notre précédente communication.

J'ajouterai que ces kystes poplités dépendant du prolongement poplité de la synoviale du genou me paraissent loin d'être rares. Je fais depuis quelque temps des recherches sur la synoviale du genou et ses prolongements. J'ai disséqué une centaine de genoux et j'ai rencontré huit fois des kystes analogues à celui que je viens de vous présenter.

4 Sarcôme siégeant au niveau de l'isthme de l'encéphale développé autour de la partie antérieure droite de la tente du cervelet, en arrière du sinus caverneux. — Accouchement prématuré, mort par asphyxie ; par M. Martin de Gimard, interne des hôpitaux.

La nommée Grill..., âgée de 30 ans, entre le 30 décembre 1885 salle Saint-Jean, lit n° 7 (service de M. Gouraud), à l'hôpital Cochin.

Elle ne présente aucun antécédent héréditaire ; son père est mort du choléra, un frère est mort d'insolation, les autres sont bien portants. Sa mère est également en bonne santé et seulement un peu nerveuse.

Aucun signe de strume dans l'enfance. Pas de maladie jusqu'en 1871. Elle a alors une fièvre typhoïde et reste deux mois au lit avec du délire pendant trois semaines. Elle se levait depuis quinze jours lorsqu'elle est prise d'angine diphtérique qui nécessite la trachéotomie. Bien que l'orifice tracheal soit très bas, elle a de l'aphonie pendant neuf mois. On ne peut lui retirer la canule pendant longtemps et bien qu'elle ait séjourné trois ans comme infirmière ou comme malade à l'hôpital des cliniques on ne peut obturer l'orifice trachéal. Elle se marie en 1883 (elle était alors absolument bien portante), a une petite fille de deux ans que nous avons vue, qui est très bien portante également. Aucun signe de syphilis ni de la mère, ni de l'enfant, ni du mari, d'après ce qu'on nous rapporte.

Deux mois après la perte de son frère, la malade, déjà irascible depuis un certain temps, est prise de douleur de tête du côté droit au niveau du front et de la nuque. Depuis trois mois, nous dit la mère, qui nous donne tous ces renseignements, elle perd progressivement la vue du côté droit et voit mal même de l'œil gauche. Elle a éprouvé de la faiblesse dans tout le côté droit du corps, au point de laisser tomber son enfant qu'elle voulait prendre dans ses bras. Elle entend moins du côté droit. Peu à peu sa raison s'est troublée, sa mémoire s'affaiblit, elle commence à divaguer sans cependant délirer vraiment, c'est un affaiblissement de l'intelligence qui empêche de la laisser seule. Elle est très constipée, mais pas de vomissements ; urine rarement sans vraie rétention. La parésie du bras droit s'accentue, elle ne peut rien prendre de sa main droite. La marche est difficile

A son entrée, elle est pâle, maigre, répond aux questions qu'on lui pose ; mais d'un ton traînard et pleurard. Si on examine son ventre pour déterminer l'époque de sa grossesse elle s'écrie sur un ton de mélodrame : « Vous allez faire mal à mon enfant. » Son regard est un peu étrange ; elle n'a ni délire ni hallucinations. Elle se plaint de douleurs vives dans la tête du côté droit. La sensibilité est conservée et la motilité également, cependant elle remue moins volontiers le côté droit : membres supérieur et inférieur. Les réflexes sont conservés sans être exagérés. Elle ne voit pas de l'œil droit, dit-elle ; cependant quand on approche brusquement le doigt de cet œil, l'autre étant fermé, elle fait un mouvement de la main pour le repousser. Tendance à la constipation. Ni sucre ni albumine dans les urines. Elle est alors enceinte d'un peu plus de six mois. La température oscille entre 37° et 37°,4. On pense à l'hystérie. Les jours suivants, même état. La nuit, elle parle, mais sans délirer. Rien à l'auscultation, ni des poumons ni du cœur.

13 *janvier*. Ptosis de la paupière supérieure droite. La céphalalgie persiste. On prescrit un gramme d'iodure de potassium.

15 *janvier*. Vomissements bilieux, aucune irrégularité ni du pouls ni de la respiration. La température oscille aux environs de 37°.

19 *janvier*. Plusieurs vomissements dans la journée. La respiration est plus fréquente ; le bruit au niveau de la fistule trachéale augmente et gêne la nuit les autres malades. Constipation qui nécessite des lavements répétés.

20 *janvier*. Expectoration assez abondante de mucosités assez aérées. L'orifice fistulaire de la trachée rougit. On entend des râles sous-crépitants à la base droite en arrière. Depuis trois jours elle ne mange pas. Elle est abattue ; la nuit elle a peu dormi et s'est plainte. La température est toujours restée aux environs de 37°. On doit la sonder.

23 *janvier*. Elle ne mange toujours pas, ne prend qu'un peu de lait. Plusieurs vomissements. On est toujours obligé de la sonder.

25 *janvier*. Elle a encore vomi. Elle urine maintenant seule, la dyspnée est toujours assez grande. La respiration est cependant régulière. Le ptosis persiste, la pupille est très dilatée et ne se contracte pas, même lorsqu'on approche une lumière. Le fœtus est toujours vivant. Ni sucre ni albumine dans les urines. On supprime l'iodure de potassium. La température axillaire depuis le 24 a baissé. Le 24 au matin 36° 6, soir 36° 4. Aujourd'hui 25, le matin 36°, soir 36° 2.

26 *janvier*. Température du matin 35° 9, soir 36° 6. Toujours une dyspnée intense, malgré l'application de ventouses répétées. L'expectoration tracheale est toujours abondante. On enduit les bords de la fistule avec de la vaseline boriquée.

27 *janvier*. La malade a perdu du sang par le vagin. Elle commence à avoir des douleurs dans le ventre. Le soir, douleurs plus vives. Elle accouche à une heure du matin d'un enfant vivant, ayant le volume d'un enfant de sept mois. L'accouchement ne présente rien de particulier. La délivrance s'est faite rapidement.

28 *janvier*. La dyspnée est très vive et est encore plus vive le soir : elle asphyxie. La malade fait des inspirations fréquentes, irrégulières et très énergiques. Il y a un tirage abdominal très prononcé et à chaque inspiration on entend le bruit du diaphragme frappant brusquement l'estomac et les intestins. On s'assure qu'il n'y a aucun obstacle trachéal au passage de l'air. Aucun phénomène nerveux nouveau.

29 *janvier*. La malade meurt à neuf heures du matin d'asphyxie.

Autopsie. On trouve de la congestion des deux poumons, sans noyaux de broncho-pneumonie. Congestion de toute la partie inférieure des deux poumons. Rien d'appréciable dans le foie, le rein et le cœur. Quand on cherche à enlever le cerveau on constate une adhérence assez grande de la dure-mère à la voûte crânienne vers la partie médiane. Cependant on peut rompre ces adhérences avec le doigt. Au niveau de la base de l'encéphale on trouve une tumeur partant de la tente du cervelet à laquelle elle adhère fortement, au niveau de la partie antérieure de ce repli, en arrière du sinus caverneux. Cette tumeur se prolonge un peu au-dessus de la tente du cervelet en avant, mais en outrepassant au-dessous de celle-ci, elle envoie un prolongement dans la fosse cérébrale moyenne sous la dure-mère; ce prolongement pénètre, mais à une faible distance, dans l'orbite. Cette tumeur du volume d'une mandarine est surtout volumineuse en arrière : refoulant la corne sphénoïdale droite du cerveau et la protubérance, dont elle déprime la partie droite, repoussant et déprimant également le lobe droit du cervelet, elle produit une sorte de torsion de l'isthme de l'encéphale. Le pédoncule cérébral droit semble étalé et allongé, le gauche paraît au contraire plus court et un peu tordu.

La tumeur répond à la gouttière basilaire par sa face inférieure. Par sa face supérieure, elle se trouve en rapport avec la partie postérieure droite de l'hexagone de Willis — surtout avec l'artère cérébrale postérieure. L'artère basilaire et les artères cérébelleuses droites sont également en contact intime avec elle. Le sinus latéral droit, le sinus pétreux supérieur et le sinus caverneux du même côté sont gorgés de sang. Les autres sinus bien qu'à un degré bien moindre sont également turgides.

La tumeur est formée d'un tissu mou rappelant l'aspect du corps pituitaire, ayant au toucher la consistance de lipomes récents, mais très vasculaires. Pas de sensation de sable cérébral. La surface en est grenue. Il semble qu'elle soit formée d'un réseau vasculaire entre chaque maille duquel se trouverait comprise une petite masse blanc-jaunâtre.

L'*examen histologique* après dissociation fait voir qu'entre les vaisseaux elle est constituée par des cellules de sarcome de formes très diverses. Cet examen a été fait au collège de France dans le laboratoire de M. Ranvier; un certain nombre des cellules sont fusiformes et réunies en faisceaux. La tumeur adhère non seulement à la tente du cervelet mais également à la protubérance et il semble à première vue qu'elle a pris naissance dans le tissu de celle-ci. Mais il est facile de l'en séparer avec le doigt. On constate alors qu'elle n'est unie à la protubérance que par la pie-mère. Cette membrane est très-congestionnée au niveau du cervelet et du bulbe particulièrement. L'arachnoïde qui entoure le bulbe, est laiteuse. Nulle part on ne trouve d'autre tumeur.

5. M. Crespin présente un *placenta d'utérus bicorne*. Le fœtus était logé dans la corne gauche et les trois membranes se prolongeaient dans la corne droite qu'elles tapissaient, présentant un épaississement marqué entre les deux cornes. L'enfant volumineux pesait 4400 grammes.

6. M. Leloir présente des pièces d'un individu mort de tuberculose miliaire. On trouve une communication entre l'œsophage et la bronche droite, au moyen d'un diverticule qui part de l'œsophage, traverse un ganglion accolé et caséeux, et vient s'ouvrir dans la bronche.

M. Cornil explique que ces diverticules se forment par adhérence d'un ganglion lymphatique à la paroi œsophagienne; le ganglion hypertrophié attire cette paroi en bas, puis se ramollit et établit une communication entre le conduit œsophagien et la bronche à laquelle il est également accolé. On trouve ici, à un faible degré, ce fait mentionné dans les cas analogues, de coloration noire autour de l'orifice œsophagien du trajet : cette coloration est due à l'infiltration pigmentaire du ganglion lymphatique qui, dans le cas actuel, est nettement tuberculeuse.

7. M. Boiffin présente des pièces provenant d'un *prostatique avec rétrécissement uréthral infranchissable*. La vessie, très hypertrophiée, est à colonnes, les uretères dilatées ont le volume du pouce et la prostate énorme présente des abcès nombreux à sa périphérie.

M. Cornil fait remarquer que la prostate est uniformément hypertrophiée, sans offrir de lobes prédominants.

8. M. Hartmann présente un *kyste ovarique multiloculaire* opéré par M. Duplay. Sur la partie droite de la pièce, on remarque un fragment qui est la corne de l'utérus enlevée avec la tumeur : de cette corne part un cordon qui croise la face antérieure de la tumeur pour aller s'ouvrir dans une poche kystique; c'est évidemment la trompe droite, ce dont il est facile de s'assurer en en faisant la section.

M. Kirmisson pense que cette dernière poche dans laquelle s'ouvre la trompe, est extra-ovarique, et indépendante du kyste de l'ovaire proprement dit.

M. Brun fait remarquer que cependant on a trouvé des kystes secondaires dans cette poche?

9. M. Cornil communique à la Société un fait de *tumeur pédiculée du péricarde* trouvée à l'autopsie d'une femme morte avec une péricardite hémorrhagique. Cette femme avait reçu un coup violent sur la poitrine un mois avant sa mort; à la suite de ce coup, elle avait eu des palpitations et de l'œdème des jambes; la percussion et l'auscultation ne donnaient pas autre chose que l'augmentation de la matité cardiaque; pas de bruit de souffle ni de frottements. Bientôt survient de la congestion pulmonaire et elle meurt en asystolie.

En ouvrant le péricarde, on le trouve rempli d'une grande quantité de sang et de sérosité; à la surface du péricarde, il y a des taches noirâtres pigmentées. On trouve alors une petite tumeur grosse comme une noisette suspendue à un pédicule mince assez long et bifurqué, dont un chef se fixe à l'auricule droite, l'autre à l'origine de l'artère pulmonaire. Il y avait lieu de se demander quel était le point de départ de cette tumeur? si elle résultait de la contusion, ou si cette contusion avait traumatisé la tumeur préexistante et produit par suite une hémorrhagie intrapéricardite? Un seul fait de tumeur pédiculée dans le péricarde a été décrit par Rokitansky comme un polype fibrineux.

L'*examen microscopique* du cas présent donne les résultats suivants : à la surface de la tumeur, il y a une membrane mince de tissu conjonctif jeune renfermant quelques vaisseaux à parois minces et des noyaux embryonnaires. Plus profondément, on voit des faisceaux de tissu conjonctif de formation ancienne, disposés en zones concentriques englobant des lobules adipeux; peu de vaisseaux. Il y a donc là une formation de tissu conjonctif à divers âges, et la tumeur aurait existé antérieurement au traumatisme qui a causé l'hémorrhagie, soit en lésant directement le péricarde, soit en intéressant la tumeur préexistante.

Séance du 12 février 1886. — Présidence de M. Cornil.

10. Ectopie rénale congénitale; par M. Potherat, interne des hôpitaux.

Ces pièces, recueillies sur un cadavre d'un pavillon de dissection de la Faculté, montrent une ectopie du *rein droit*. Le sujet est un homme, athéromateux, paraissant certainement avoir dépassé 60 ans.

Les pièces consistent en : 1° l'artère abdominale en entier avec ses branches, y compris les deux iliaques primitives et les iliaques interne et externe: 2° les deux reins avec leurs artères et veines et leurs uretères : la vessie avec les vésicules et la prostate.

Le *rein gauche* occupe sa situation normale dans la région correspondante. Il ne présente rien de particulier sauf que l'artère rénale de ce côté est divisée en deux branches jusqu'auprès de son origine sur l'aorte abdomi-

nale. Cette origine est située immédiatement au-dessous de l'origine normale de la mésentérique supérieure.

Tout l'intérêt de la présentation se porte sur le *rein droit*. Il siège au niveau du détroit supérieur du bassin, en avant de la symphyse sacro-iliaque droite, en avant aussi des artères iliaque primitive et iliaque externe du même côté. Toutefois, il répond plutôt au côté externe qu'à la face antérieure de ces troncs vasculaires qui présentent une courbure à concavité externe et supérieure dans laquelle l'organe est en grande partie inscrit.

Ce rein droit est en outre modifié, dans sa forme et dans ses dimensions. Par sa *forme*, il se rapproche de la forme classique en ce qu'il est ovoïde ou plutôt elliptique ici, à grand axe vertical. aplati dans le sens antéro-postérieur ; mais il s'en éloigne en ce qu'il n'a pas de bord concave ; il est convexe par toute sa périphérie. Le *pédicule* répond à la face antérieure. On voit de cette face, irrégulière, mamelonnée, naître l'uretère unique, remarquable en ce que les calices qui le constituent sont beaucoup plus longs que normalement. A part cette particularité, l'uretère n'offre rien de spécial ; un peu plus petit peut-être que celui du côté gauche, il représente, comme rapports et trajet, la portion pelvienne d'un uretère normal.

Le rein en ectopie, reçoit deux artères qui lui viennent, l'une de l'iliaque primitive droite, l'autre de l'iliaque primitive gauche ; toutes deux naissent tout près de la bifurcation de l'aorte abdominale. Toutes deux descendent verticalement de haut en bas et un peu de gauche à droite, vers l'extrémité supérieure de l'organe. Parallèles, elles suivent l'une le bord externe, l'autre le bord interne, et à la moitié de la hauteur du rein, elles se dirigent transversalement vers sa face antérieure dans laquelle elles pénètrent.

L'organe est comme suspendu à ces deux artères. Il n'y a qu'une veine émulgente. Elle émerge aussi de la face antérieure, passe au devant, presqu'en dehors et en arrière de la branche artérielle droite et va finalement se jeter dans la veine cave inférieure tout près de son origine.

Le seul examen des vaisseaux artériels montre donc qu'il s'agit d'une ectopie congénitale.

Le rein est aussi modifié dans ses *dimensions*. Tandis que pour le rein gauche nous trouvons : longueur = 12 c., largeur = 7 cent., épaisseur = 3 cent. ; le rein ectopié nous donne : longueur, 8 cent., largeur, 4 cent.; épaisseur, 1 cent. 3/4. Etant données ces dimensions, on pourrait déduire que ce rein devait avoir un rôle physiologique restreint dans la sécrétion urinaire, et pourtant son uretère était de dimensions presque normales, et il recevait deux artères dont le volume était au moins égal, sinon supérieur au volume de l'uretère qui se rendait au rein gauche, normal.

11 Rétrécissement de l'urèthre ancien. — Cystite et néphrite consécutive. — Tuberculose ultime des organes urinaires. — Mort par urémie ; par M. Passé, interne des hôpitaux.

Le nommé Delluc, âgé de 43 ans, garçon de café, est amené le 15 février 1886, à 8 heures du soir, dans le service de M. Empis, salle Saint-Charles, n° 8, à l'Hôtel-Dieu. Il est dans le coma. Une personne qui l'accompagne ne peut donner sur sa maladie aucun renseignement précis : mais elle apprend qu'il a déjà eu des attaques semblables.

Pendant la nuit, il a un peu de délire et de convulsions; on est obligé de border son lit de planches.

Le lendemain matin, à la visite on trouve : coma absolu, perte de toute sensibilité, de tout mouvement spontané. Résolution des membres, égale à droite et à gauche : pas de déviation de la face, pas de contracture, plus de convulsions. Respiration stertoreuse, avec le type de Cheynes Stokes ; oublis de respirer se prolongeant pendant presque une minute, et s'accompagnant de cyanose intense. L'auscultation du poumon ne fait entendre que quelques râles.

Le pouls, d'abord fort irrégulier, devient bientôt de plus en plus petit, en même temps que son irrégularité augmente. Rien au cœur.

On ne trouve rien dans les autres parties du corps, et en particulier pas d'œdème, pas d'éruption cutanée, pas de traces de coups. La température du matin est 39°,9.

On cherche à examiner l'urine ; comme le malade n'a pas pissé depuis son entrée, et qu'il y a une légère saillie à l'hypogastre, avec matité, on fait le cathétérisme ; la sonde est arrêtée au niveau du périnée par un obstacle infranchissable.

Le même jour, à 10 heures du matin, 14 heures après son entrée, le malade a un dernier arrêt de la respiration. La cyanose devient intense et donne à la face une coloration noire ; le cœur lui-même s'arrête et le malade meurt.

Autopsie. — Il n'y a aucune lésion importante du côté du cerveau, du cœur et du poumon. Le *cerveau* a ses enveloppes congestionnées ; il n'y a pas trace d'hémorrhagie dans le parenchyme. Le corps opto strié gauche est ramolli, friable ; mais une parcelle de sa substance examinée au microscope par M. Cornil, ne montre aucun corps granuleux ; c'est donc une lésion cadavérique. Le *cœur* est légèrement hypertrophié, l'aorte dilatée est épaissie, les sigmoïdes aortiques épaissies, sans insuffisance ; aortite chronique sans que la surface interne du vaisseau cesse d'être parfaitement polie. Les *poumons* sont congestionnés, ils ne présentent aucune granulation tuberculeuse ni aucune lésion ancienne. Rien non plus au niveau du tube intestinal. Les lésions importantes siègent au niveau des organes génito-urinaires. Le rein, les uretères, la vessie, l'urèthre sont enlevés, et l'on trouve : que l'urèthre est le siège, au niveau de la portion membraneuse, d'un rétrécissement fibreux extrêmement serré, régulier, en arrière duquel il est élargi. La prostate est creusée dans son lobe gauche d'une cavité de la grosseur d'une noisette, à parois grisâtres, irrégulières, contenant du pus.

La vessie contient un demi-litre d'urine trouble et extrêment fétide ; ses parois sont épaissies, sa face interne à colonnes. Elle est couverte sur cette face, de granulations jaunâtres, régulièrement arrondies, du volume d'un grain de mil, qui ont une légère saillie à la surface ; ces granulations sont surtout nombreuses vers le bas-fond de la vessie où elles se touchent presque ; elles s'étendent aussi sur la muqueuse prostatique. A l'œil nu, on voit sur une section qu'elles s'étendent jusqu'à la face profonde de la muqueuse ; elles ressemblent à de petits kystes dont le contenu serait demi solide.

Leur examen microscopique, pratiqué par M. Cornil, prouve que ce sont des granulations tuberculeuses ; elles sont formées par l'agglomération de petites cellules ; en certains points, mais rares, on trouve des cellules géantes; dans une de ces dernières, M. Cornil trouve un bacille. Les uretères, le bassinet sont dilatés, épaissis, remplis d'un liquide louche. L'un des reins est assez gros, congestionné, à surface irrégulière, présentant des saillies et des dépressions. La substance corticale est diminuée d'épaisseur. Le second rein est très petit, la substance corticale a presque disparu. La surface présente plusieurs tubercules jaunes de la grosseur d'une tête d'épingle pour les plus petits.

Le reste des organes génitaux, vésicules séminales, cordon, testicule, ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Donc, c'est un malade qui a eu tout d'abord un rétrécissement uréthral. Les progrès de ce rétrécissement ont amené la cystite chronique, qui a donné lieu elle-même à de la néphrite. Les organes génito-urinaires sont devenus un lieu de *minoris renitentiæ* sur lequel la tuberculose, pour une cause indéterminée, est venue se greffer. Elle a causé la mort par urémie, sans lésions pulmonaires. Cette tuberculose locale a été ultime, car si l'on en juge par l'examen microscopique, elle devait remonter à un ou deux mois. Elle était exactement limitée aux organes sur lesquels le rétrécissement uréthral avait fait sentir son influence, c'est-à-dire à la prostate, à la vessie, aux uretères, aux reins, et respectait le reste des organes génitaux, vésicules séminales, cordons, épididymes, testicules.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. VERNEUIL présente deux moulages montrant les *résultats de l'ostéotomie* appliquée au traitement du *pied-bot.* M. Verneuil enleva successivement l'astragale, le cuboïde, le scaphoïde et la moitié antérieure du calcanéum avant d'arriver à ramener le pied dans l'axe de la jambe ; les suites opératoires furent très simples. C'est seulement quand la plaie fut en bonne voie de guérison que M. Verneuil s'occupa de rectifier la position du pied. M. Verneuil insiste sur ces deux temps de l'opération.

M. LEDENTU qui a vu l'opération, la plaie énorme, le pied ballottant en tous sens, admire le résultat.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE qui a fait l'*ablation de l'astragale* pour remédier à un pied-bot d'origine paralytique, a obtenu un résultat excellent ; la malade marche. M. Lucas-Championnière est d'avis qu'il faut, dans ces cas, essayer la réunion immédiate ; la plaie, guérie plus rapidement, ne gêne plus en rien les manœuvres nécessaires pour le redressement du pied. Il a constaté, comme M. Verneuil, que le résultat, quelquefois incomplet au moment de l'acte opératoire, tend à devenir parfait avec le temps.

M. LE FORT croit qu'il faut tenir compte avant tout de l'âge des malades dans les indications de la tarsectomie ; car, chez les enfants très jeunes, on peut obtenir des résultats complets avec des appareils bien faits.En combinant l'appareil plâtré avec l'appareil silicaté, M. Le Fort a obtenu un excellent résultat.

M. ANGER cite un cas dans lequel la tarsectomie n'ayant pas réussi à permettre le redressement du pied, on eut recours séance tenante à l'amputation.

M. VERNEUIL croit que la suppuration est utile dans ces cas par la masse de tissu nodullaire qu'elle fournit.

M. TRÉLAT répond que la formation de ces liens fibreux profonds, si précieux dans les résections, n'est pas empêchée par la réunion primitive de la plaie ; il a pu s'en assurer sur un individu mort accidentellement quelques mois après une résection de l'épaule guérie par première intention.

M. NICAISE rappelle qu'il a posé, il y a deux ans environ, les règles de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne ; il ne croit pas que cette opération puisse *toujours* remplacer la trachéotomie ; elle est surtout applicable aux cas dans lesquels la canule doit rester à demeure, comme dans le cas de cancer du larynx.

M. MONOD, à propos de deux observations adressées à la société par MM. Cauchois et Doisar, traite des *indications et du manuel opératoire du cathétérisme rétrogade par la taille sus-pubienne,* dans les cas de rétrécissement infranchissable ou de rupture de l'urèthre.

PAUL POIRIER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. GUYET communique le résultat de ses recherches sur la *parthénine*, corps extrait du *Parthenium hysterophorus*, par M. Ulrici. Cette substance très efficace dans les névralgies à la dose de 1 à 2 grammes cristallise en longues aiguilles et serait essentiellement constituée par un alcaloïde impur, soluble dans le chloroforme.

M. TANRET regrette que M. Guyet se soit laissé induire en erreur d'une façon aussi grossière. L'échantillon de parthénine qu'il a reçu et qui était identique à celui du présentateur ne renfermait pas trace d'un alcaloïde. Il était composé de et de tannates alcalins ; les aiguilles étaient fausses, la substance ayant été desséchée sur une surface courbe. Il eût été désirable que M. Guyet se fût renseigné avant d'expérimenter un pareil produit.

Il s'élève une discussion à laquelle prennent part M. C. Paul, Tanret, Limousin, Guyet. Celui-ci après avoir constaté que l'échantillon qu'il a reçu était bien l'analogue de celui de M. Tanret regrette que ce dernier ait employé l'expression de fourberie à l'égard de M. Ulrici qui, après tout, peut s'être trompé, et qui d'ailleurs a fait depuis des relevés au point de vue de l'alcaloïde.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ déclare s'être trompé et retire ce qu'il a dit dans la dernière séance à propos du kéfir : Ce sont bien en effet les grains de kéfir ajoutés qui amènent la fermentation de la lactose.

M. C. PAUL communique l'observation d'une malade souffrant d'un rhumatisme noueux invétéré et qui ne doit la restauration de ses forces qu'à l'usage des piqûres de morphine ; celle-ci dans la circonstance avait agi comme tonique. La morphinomanie peut donc être salutaire, dans quelques cas exceptionnels, à la santé.

M. FERÉOL suppose qu'il existait dans ce cas une véritable tolérance pour ce médicament : en tous cas le danger réside dans ce fait que le malade peut à satiété se piquer lui-même. Il faut donc que ce soit toujours le médecin qui fasse l'injection.

M. DURAND-FARDEL pense que c'est aussi en supprimant la douleur que la morphine a agi dans ce cas d'une façon satisfaisante. Il croit aussi qu'on aurait tout intérêt a remplacer le terme de rhumatisme, par celui d'arthrite noueuse qui est beaucoup plus conforme à la recherche clinique des faits.

M. HUCHARD croit à l'action tonique de l'opium et de la morphine dans certains cas. Il s'associe à la remarque de M. Durand-Fardel : le rhumatisme ou mieux l'arthrite noueuse est très souvent d'origine médullaire et justiciable de l'électricité.

M. MOUTARD-MARTIN a également vu l'action tonique de la morphine chez une jeune femme qui s'était fait une fracture du crâne et du bassin et avait conservé de violentes douleurs.

M. C. PAUL estime que chez sa malade la morphine a pu être un tonique en faisant cesser les douleurs ; mais étant donnée, à la suite des injections, la suppression de certains autres symptômes, il pense qu'elle a pu avoir également une action beaucoup moins limitée. En outre il ne peut considérer le rhumatisme noueux comme une simple arthrite car, en ne donnant que cette raison, on le voit si souvent succéder, chez les individus jeunes, au rhumatisme aigu que les liens de parenté qui unissent les deux affections sont indéniables. Lui-même a des nodosités d'Heberden et il a eu autrefois les accidents rhumatismaaux des plus francs.

MM. E. LABBÉ et MOUTARD-MARTIN croient surtout à l'efficacité de la morphine faisant cesser les douleurs et la préconisent depuis longtemps dans le traitement de l'obstruction intestinale au début. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 4 mars 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LETOURNEAU.

M. MATHIAS DUVAL, comme fait à rapprocher de ceux signalés dans les séances précédentes, montre un jeune chien né avec une queue rudimentaire, formée de deux ou trois vertèbres ; sa mère avait eu la queue coupée ; — suit une longue discussion sur ce sujet.

M. A. BERTILLON a imaginé un mode de classification pour les nuances de l'œil, beaucoup plus précis que ceux qui avaient été proposés jusqu'alors. Il s'en sert constamment pour le service d'identification du dépôt de la préfecture de police. Tout d'abord l'auteur repousse la classification de Broca qui admettait quatre couleurs d'yeux : les bruns, les bleus, les gris et les verts. Pour lui les yeux gris n'existent pas, les yeux ainsi dénommés doivent être appelés ble violet lorsqu'ils sont clairs et bleu ardoisé lorsqu'ils sont foncés. Les yeux à iris complètement vert n'ont jamais été rencontrés par lui dans 25,000 observations ; de loin ils paraissent bien verts, mais c'est là une mauvaise méthode d'examen et si on les examine de près on reconnait toujours qu'ils présentent un fond bleu plus ou moins foncé avec tractus jaunes ou oranges. Quand à la méthode de Beddoe qui divisait les yeux en clairs, moyens et foncés, elle est fort expéditive mais ne correspond pas du tout à ce qui existe reellement. La classification de M. A. Bertillon repose sur ce fait anatomique bien connu que les fibres iriennes ont en masse une teinte bleuâtre, puisque sur ce fond se développent des amas de pigment plus ou moins colorés en jaune orangé. D'où

il résulte qu'on ne peut admettre que deux types purs : 1° les yeux sans pigment (bleu pâle pur ou ardoisé) et 2° les yeux pigmentés au maximum (marron foncé). La combinaison de ses deux types pourra donner lieu à une foule d'aspects divers. Il y a lieu de considérer dans l'iris le petit cercle ou anneau coloré interne et la zône périphérique qui peuvent avoir chacun une nuance différente qu'on doit signaler avec soin. M. Bertillon adopte la classification suivante en admettant pour chaque teinte trois nuances : claire, moyenne, foncée :

1° Œil non pigmenté (bleu ou ardoisé).
2° Œil pigmenté de jaune.
3° — — d'orange.
4° — — de châtain.
5° — — avec cercle marron.
6° — — de marron verdâtre.
7° — — de marron pur.

Les 4,000 dernières observations, prises à la Préfecture, examinées au point de vue de la teinte des yeux, donnent 33 0/0 d'yeux pigmentés de marron ; 22 0/0 d'yeux châtains ou verdâtres foncés ; 44 0/0 d'yeux à périphérie bleue.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE

Séance du 4 février 1886. — Présidence de M. Putzeys.
Secrétaire général, M. Schiffer.

M. le Président remercie la Société de l'avoir appelé à la présidence, il fera de son mieux pour répondre à la confiance de ses collègues.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion du rapport de M. Poskin (épidémie de fièvre typhoïde de Liège en 1882-1883). Les conclusions seront prises à la prochaine séance.

Grossesse intra-utérine abdominale, kyste dermoïde, gastrotomie, etc., par M. Wasseige, membre de la Société. — M. Fraipent lit un rapport sur ce travail dont le titre en donne un résumé suffisant. M. F. Fraipent lit également un rapport sur un travail du Dr Cortiguera : *Contribution à l'étude du diagnostic gynécologique, médication rectale.*

M. X. Framcotte fait une analyse de deux travaux de M. C. Vaulair : 1° *De la dérivation des nerfs*; 2° *Nouvelles recherches expérimentales sur la régénération des nerfs.* Après avoir montré la possibilité d'obtenir la régénération d'un nerf, en utilisant un tube d'osséine comme conducteur, M. Vaulair a pensé à détourner un nerf en voie de régénération de son trajet naturel et à obtenir une *dérivation* de ce nerf. Il a réussi à dévier un nerf sciatique et à lui faire pousser, en six mois, un prolongement de six centimètres dans la masse musculaire. Rien n'empêche de penser, comme le dit M. Vaulair, qu'on pourrait amener un nerf musculaire à la peau et introduire dans les muscles un nerf tégumentaire. Le processus de régénération est le même que dans les cas où le nerf n'a pas été détourné de sa direction. M. Vaulair décrit le mode de prolifération du nerf, et les résultats de cette régénération : névrome stérile, névricule très court, nerf allant rejoindre le bout périphérique et le côtoyant, enfin, dans les cas les plus favorables, révivification effective et complète des névricules dégénérés.

Séquestre provenant d'un cartilage thyroïde.—M. Schiffers présente cette pièce provenant d'un homme de 72 ans, et enlevée par une ouverture trachéale. Ce séquestre a les dimensions d'une pièce de 2 francs. La trachéotomie fut nécessitée par une sténose laryngée, provenant d'une périchondrite, due elle-même à une affection cancéreuse.

Dr Lepiat

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

VII. Du sommeil non naturel, ses diverses formes ; par H. Barth. Paris, 1886.

VII. Dans ce travail, l'auteur envisageant parallèlement les formes spontanées et les formes provoquées du sommeil morbide : étudie successivement les maladies du sommeil, puis les phénomènes de l'hypnotisme. Un court appendice traite des effets sur le cerveau des substances narcotiques et anesthésiques. — Les maladies du sommeil peuvent se diviser en trois classes : 1° Celles où l'activité cérébrale, anormalement surexcitée pendant le sommeil, réagit sur les fonctions de relations et les réveille en partie ; c'est le *somnambulisme :* 2° Celles où la torpeur cérébrale portée à son comble paralyse non seulement les fonctions animales, mais encore à un certain degré les fonctions organiques ; c'est la *léthargie :* 3° Celles ou l'activité nerveuse est anormalement localisée en certains centres, notamment dans ceux de motilité, les autres étant frappés de stupeur complète ; c'est la *catalepsie,*

Le *somnambulisme* peut exister à différents degrés que nous trouvons successivement décrits, c'est : 1° Le *noctambulisme* ou rêve en action ; 2° Le *somnambulisme proprement dit* dans lequel les actes sont plus coordonnés, l'amnésie, au réveil plus complète sans être cependant toujours absolue ; 3° Le *somnambulisme avec extase ;* 4° Le somnambulisme à l'état de veille ou *cérébration inconsciente* de Carpentier dont le type se rencontre dans les formes larvées de l'épilepsie ; 5° Le *somnambulisme périodique* avec dédoublement de la personnalité. De même la *léthargie* peut revêtir différents aspects et se présenter à l'état de *narcolepsie ;* ou bien d'*attaques de sommeil* qui par leur apparition, leur évolution, leur association à d'autres symptômes semblent être un véritable état de mal hystérique. L'état pseudo-syncopal désigné du nom de *mort apparente* est plutôt un accident qu'une forme du sommeil léthargique. Quant à l'*hypnosie* ou maladie du sommeil des nègres de Guinée, qui consiste en une somnolence graduellement croissante amenant une torpeur de plus en plus accentuée à laquelle succède la mort, elle s'éloigne beaucoup du sommeil léthargique. La *catalepsie* dont la forme varie avec les sujets doit bien être distinguée des contractures hystériques, de certains cas de mélancolie avec stupeur.

Toutes ces manifestations pathologiques n'existent pas à l'état de maladie distincte chez le même individu. Elles peuvent alterner ou coïncider soit entre elles, soit avec d'autres symptômes névropathiques. Tous sont reliés d'ailleurs par leur origine commune, l'*état névropathique.* Quant à leur pathogénie elle diffère de celle du sommeil spontané ; M. Barth n'admet pas dans ces cas l'intervention d'une modification circulatoire dans l'encéphale, mais une perturbation primitive de la cellule nerveuse ; il se rallie ainsi à la théorie de l'*inhibition* si brillamment soutenue par Brown-Séquard.

C'est dans les mêmes conditions et sous l'influence des mêmes causes que se développent les phénomènes de l'*hypnotisme.* L'espace nous manque pour suivre M. Barth dans la description qu'il donne des moyens physiques ou psychiques de produire l'hypnose dans l'étude des symptômes des différents états léthargique, cataleptique ou somnambulique. Le sommeil expérimental a déjà rendu de nombreux services pour éclaircir bien des points de la pathologie nerveuse et d'après certains exemples que rapporte M. Barth, il pourra de même être appelé à jouer un rôle dans la thérapeutique. Dans une courte étude médico-légale, l'auteur signale la simulation de l'hypnotisme toujours facile à dévoiler, l'existence possible de certains délits commis sous l'influence de la suggestion hypnotique dont il faut toujours se méfier, suivant l'expression de Bernheim ; il rejette enfin le droit pour le médecin-expert de recourir à ce moyen pour provoquer un témoignage ; et, au point de vue de la responsabilité, assimile l'hypnotique aux épileptiques, aux alcooliques... Chaque cas devant avoir sa jurisprudence spéciale.

J. S.

VIII. Des crises dans les maladies ; par A. Chauffard. — Asselin, 1886.

VIII. Si la doctrine des Crises, après avoir, sous l'influence des théories anatomiques, subi une éclipse prolongée, vient avec la renaissance de l'humorisme de reprendre un nouvel éclat, la thèse d'agrégation de M. Chauffard y aura certes largement contribué. L'espace réservé à cette analyse ne permet d'indiquer que les principaux traits de ce remarquable travail de pathologie générale.

Après un chapitre d'*historique* ingénieusement disposé pour montrer l'influence des Ecoles, des Théories régnantes, par rapport à la doctrine des Crises, chapitre qui est plein de citations curieuses, délicates trouvailles d'érudit et de lettré, l'auteur ar-

rive à l'un des points les plus difficiles du sujet, la *définition* de la Crise. — Celle qu'il propose est la suivante : « Acte intime et subit qui termine l'évolution morbide et provoque en même temps tout un ensemble de mutations nutritives et fonctionnelles. » — C'est justement l'étude de ces mutations nutritives et fonctionnelles qui constitue une des parties les plus originales de ce travail.

Mais d'abord a lieu une description détaillée des *syndrômes critiques* : défervescence, — sueurs, — diarrhée, — diurèse, — hémorrhagies, — crise hématique de Hayem caractérisée par la brusque apparition d'abondants hématoblastes au moment de la défervescence ; — quant aux éruptions, il n'y aurait pas lieu, dans la plupart des cas, de les considérer comme de véritables phénomènes critiques ; — la théorie des jours critiques doit aussi être rejetée.

Le chapitre III est consacré aux *maladies à crises* : pneumonie, érysipèle, variole discrète et varioloïde, typhus exanthématique, oreillons, typhus récurrent, fièvre intermittente paludéenne. — La crise de la pneumonie est étudiée avec un soin tout particulier. — A signaler aussi, à propos de la fièvre typhoïde, une théorie très originale, d'après laquelle celle-ci, prise en elle-même, serait une maladie à marche relativement cyclique, mais dont l'évolution se trouverait contrariée et modifiée par des infections secondaires produites au niveau des lésions intestinales. — Le choléra se comporterait d'une façon analogue.

Les maladies dyscrasiques elles aussi n'échappent pas complètement à l'influence des crises, du moins au point de vue de la pathologie générale, et l'*accès de goutte* ne diffère guère d'une véritable crise. — En serait-il de même pour les attaques d'hystérie ou d'épilepsie?

Dans le chapitre IV, l'auteur traite de la *Crise* et des *actes critiques* (constitués par des phénomènes d'élimination), celle-là étant la cause directe de ceux-ci, l'épithète d'actes *post-critiques* lui semble plus justifiée. — C'est ici que trouve place une série de pages d'un intérêt tout à fait actuel sur la *crise dans les maladies infectieuses*, crise caractérisée « par l'ensemble des circonstances qui font qu'à un moment donné le microbe pathogène cesse de vivre ou d'influencer l'organisme. » Vient ensuite un exposé détaillé des modifications chimiques éprouvées par les tissus et les humeurs pendant la procrise, la crise et l'épicrise ; cet exposé donne avec une clarté parfaite l'état actuel de la science sur ce sujet, et constitue une des parties les plus neuves du travail de M. Chauffard.

Le dernier chapitre contient des conclusions générales cliniques et thérapeutiques d'une haute portée sur les maladies à crises, sur la conduite à tenir à leur égard, sur les espérances qu'on peut concevoir des nouvelles méthodes de traitement et notamment de la médication abortive.

THÉRAPEUTIQUE

Principes de l'alimentation des enfants.

Par M. le docteur ACHENNE.

Un travail tout récent a nettement tranché la question de l'origine véritable du rachitisme en la rapportant uniquement à l'alimentation défectueuse.

Cette étiologie est enseignée unanimement par tous les maîtres, notamment par M. Jules Guérin et par M. le professeur Bouchard.

M. le Dr Comby résume son jugement dans cette question du rachitisme, par la proposition suivante : « Quand on voit des familles nombreuses, comptant six, huit et dix enfants allaités diversement, suivant les vicissitudes heureuses ou malheureuses auxquelles sont soumis les ouvriers, payer au rachitisme un tribut proportionné aux fautes hygiéniques commises, on ne peut se défendre de croire que toute l'étiologie du rachitisme est dans l'hygiène alimentaire. » M. le professeur Bouchard appuie cette opinion et la justifie par des considérations scientifiques empruntées à ses travaux sur la nutrition.

S'il en est ainsi, si des fautes de régime et d'alimentation sont les causes premières d'une des plus graves affections de l'enfance, il est d'une importance souveraine de rechercher les moyens de corriger l'alimentation grossière et prématurée donnée aux enfants.

La solution de ce problème peut se résumer dans les conditions suivantes : donner à l'enfant les aliments dans un état de division extrême, pour parer à l'absence des dents, et assez substantiels, sous un petit volume, pour ne pas obliger l'estomac à se distendre à l'excès.

Il faut encore que l'aliment dont on fait usage chaque jour contienne tous les principes qui sont nécessaires à la production de la chaleur animale et à la formation de tous les tissus, notamment de celui des os. Et tout cela ne suffit pas ; il faut encore et surtout que ces principes si divers s'y trouvent réunis dans le rapport que l'expérience et la physiologie enseignent être indispensables pour une nutrition normale.

C'est aux céréales qu'il faut évidemment demander un aliment quotidien : la viande et les œufs ne doivent entrer dans le régime alimentaire des enfants qu'assez tard, avec précaution et graduellement.

Des céréales capables de fournir un aliment simple, une seule réalise, mais à la perfection, toutes les conditions énumérées ci-dessus ; c'est l'avoine cultivée. C'est pourquoi la farine d'avoine a été introduite dans l'alimentation des enfants en bas-âge. Comme cette farine ne se rencontre pas dans le commerce ordinaire, n'étant pas l'objet d'une consommation industrielle, il a fallu que ce produit devînt l'objet d'une fabrication spéciale et pour ainsi dire pharmaceutique. Il faut savoir gré aux initiateurs qui, en la présentant au public médical sous le nom de farine Morton, se sont voués à la vulgarisation de cet aliment.

La farine d'avoine s'est trouvée mise ainsi à l'abri de sophistications trop fréquentes dans les denrées alimentaires d'usage courant.

Une analyse récente, faite à l'hôpital des Enfants-Malades par M. Brissonnet, a montré que la farine Morton réalisait les conditions d'un aliment modèle. Les substances protéiques et les matériaux hydrocarbonés y sont dans le rapport que l'expérience clinique et la physiologie exigent d'un aliment parfait.

Ainsi, la farine Morton se présente avec toutes les garanties de pureté, de fabrication consciencieuse, que nous avons le devoir d'exiger d'un produit à recommander pour l'alimentation des enfants en bas-âge. Elle est, pour ainsi dire, une préparation officinale qui comporte pour nous, médecins, la sécurité d'un produit pharmaceutique.

C'est à ce titre qu'elle a été expérimentée à Paris dans les hôpitaux d'enfants, et hautement recommandée par M. le Dr Bouchut. C'est une arme sûre avec laquelle nous pouvons efficacement combattre cette affection humiliante pour l'espèce humaine et pour la médecine, le rachitisme.

On la prescrit utilement soit comme complément de l'allaitement, quand l'enfant atteint l'âge où le lait de la mère ou de la nourrice devient insuffisant, soit pour parer à cette insuffisance quand elle se manifeste de bonne heure, par le fait de la nourrice.

D'après M. Bouchut, on commencera par un potage par jour, puis deux potages, et l'on donnera au besoin du lait bouilli dans l'intervalle.

Pour préparer ces potages, on fait cuire la farine avec du lait, en ajoutant un peu de sel et suffisamment de sucre. Quand les enfants sont plus âgés, il sera bon d'y ajouter un jaune d'œuf. Par ces moyens, on sera assuré de procurer à l'enfant un aliment riche, très digestible, de peu de volume. On évitera avec certitude les gastro-entérites si fréquentes, prélude accoutumé du rachitisme et des autres affections si graves qui ont leur point de départ dans une alimentation défectueuse. Le sevrage sera facile et la transition de la nourriture spéciale à la nourriture commune s'opérera par une gradation toute naturelle.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE. — Jusqu'ici la souscription a atteint le chiffre de 35,400 fr. 15 c.

CORRESPONDANCE

Laïcisation de l'hôpital civil de Cannes.

Afin de tenir exactement nos lecteurs au courant de toutes les mesures qui sont prises au point de vue de la laïcisation dans tous les hôpitaux de France, nous profitons des indications qui nous sont données pour avoir les renseignements les plus précis des personnes véritablement autorisées. La lettre suivante mérite l'attention à ce point de vue

Paris, le 26 février 1886.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous faire savoir que la laïcisation des services de l'hôpital civil de Cannes, décidée à la suite d'un conflit entre la commission administrative et la communauté des sœurs de Saint-Thomas-de-Villeneuve, a été effectuée le 15 mai 1881.

Le personnel hospitalier proprement dit comprenait sous la direction des sœurs :

1 Sœur supérieure.	1 Concierge laïque.
3 — infirmières.	2 Infirmiers laïques.
2 — à la cuisine.	2 Infirmières laïques.
2 — à la lingerie.	1 Couturière laïque.
1 — à la pharmacie.	1 Aide de cuisine laïque.
1 — aux pensionnaires.	1 Garçon de peine laïque.
10 Sœurs.	8 Laïques.

Après la laïcisation, ce personnel a été constitué comme suit : Une directrice, un pharmacien interne, une lingère, trois infirmiers, deux infirmières, un concierge, une cuisinière, un aide-cuisine, un garçon de peine.

Soit 12 employés.

Le recrutement de ce personnel n'a présenté aucune difficulté, l'administration ayant conservé les infirmiers et infirmières existant sous le précédent régime.

Depuis la laïcisation, la municipalité n'a eu qu'à se louer du personnel hospitalier, et elle a, à plusieurs reprises, exprimé sa satisfaction à la directrice et aux employés placés sous ses ordres pour l'excellente tenue de l'hôpital et la bonne marche de tous les services.

Un pharmacien-interne prépare et distribue lui-même les médicaments ordonnés par le médecin de service; il surveille les pansements qu'il fait lui-même dans les cas difficiles. La moyenne journalière des malades en traitement est de 31 pour la période quinquennale écoulée.

Une surveillance constante est exercée sur les infirmiers et infirmières dont le zèle et le dévouement pour les malades ne se sont pas démentis jusqu'à ce jour, et, comme chaque employé encourt une responsabilité réelle, la surveillance particulière dont chaque service est l'objet rend désormais tout gaspillage impossible.

L'établissement n'étant qu'un hôpital, les vieillards non atteints de maladie n'y sont pas admis et aucun travail n'est effectué par les malades en traitement.

Au point de vue des dépenses générales, elles sont sensiblement plus élevées avec l'élément laïque ; mais, comme il y a moins de gaspillage et que les malades sont mieux soignés, il n'y a pas lieu de regretter ce surcroît.

Veuillez agréer, etc.

Le Maire.
GAZAGNAIRE.

BIBLIOGRAPHIE

Follia isterica guarita Coll'ipniotismo. — Paralisi per suggestione e suggestione negativa ; par A. CASTELLI LUMBROSO (*Lo sperimentale*, novembre 1885).

MM. Castelli et Lumbroso publient une note préventive sur une malade hystérique guérie par l'hypnotisme d'un accès de folie et sur laquelle ils ont fait des expériences au sujet des paralysies suggestives et des suggestions négatives. Voici brièvement les points principaux de cette intéressante observation :

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, sans instruction, née d'un père alcoolique, et ayant eu, il y a dix ans, une première attaque d'hystéro-épilepsie. Ces attaques se sont répétées depuis une fois par mois aux époques menstruelles ou à propos de chagrins. Signalons aussi des douleurs au vertex et dans l'ovaire droit; une attaque de paraplégie et d'hemiplégie survenue l'an passé et guérie complètement. La malade, à son entrée à l'hopital, est en proie à un accès de délire mélancolique ayant debuté il y a huit jours à la suite d'une attaque provoquée par une émotion morale: elle ne reconnaît pas ses parents, parle de suicide, refuse les aliments, ne dort pas. On constate une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche, sauf pour l'odorat qui, lui, est diminué à droite; puis des zones hyperesthésiques au vertex, dans la région temporale gauche, la fosse sus-claviculaire et le long de la colonne vertébrale, de la dyschromatopsie légère et à gauche de la diplopie monoculaire hystérique (Parinaud). Les réactions électriques sont normales, mais un peu exagérées; l'hyperexcitabilité neuro-musculaire est assez marquée pour provoquer des contractures. L'hypnotisme peut se produire très facilement par la fixation du regard; la période de léthargie est normale, celle de catalepsie ne s'obtient que par l'excitation galvanique du cerveau, et dure peu d'ailleurs. Le passage de la léthargie au somnambulisme se fait par la friction du vertex : cet état présente toutes les réactions habituelles, regardees comme caractéristiques.

Parmi les expériences diverses faites par MM. Castelli et Lumbroso, nous ne citerons que les principales Ils ont pu provoquer chez leur sujet dans l'état somnambulique des paralysies par suggestion. Si elles concordent avec la description donnée par MM. Richer et Gilles de la Tourette, elles en diffèrent cependant par plusieurs points, qui sont la diminution et même la disparition des réflexes tendineux du côté paralysé, coïncidant avec leur exagération du côté opposé ; la diminution des réflexes cutanés, le présence constante de contractures, la paralysie ne devenant flasque que par une suggestion appropriée; l'absence de troubles trophiques et vaso-moteurs; et enfin, pour la relation des nerfs An oZ > An SZ.

Quant aux expériences de suggestions négatives, elles ont porté non seulement sur le sens de la vue et de l'ouïe, mais aussi sur le tact et la sensibilité générale. Des faits assez particuliers sont l'action inhibitoire exercée dans ces cas par la personne supprimée sur celles qui sont restées en communication avec la malade. Citons un exemple : une personne touche une des zones hyperesthésiques; la malade manifeste de la douleur; une autre personne, dont l'existence a été préalablement supprimée par une suggestion négative, vient toucher le doigt de la première resté en place et la malade ne sent plus sa douleur. Ces faits paraissent indiscutables aux expérimentateurs, qui se sont d'ailleurs entourés de toutes les précautions possibles contre des causes de simulation ou d'erreur.

Un dernier point à signaler dans le travail, et qui n'est pas le moins important, est l'action thérapeutique que l'hypnotisme et les suggestions ont exercée non seulement sur les phénomènes physiques (céphalalgies, parésies....), mais aussi sur les phénomènes psychiques. Une seule séance aurait eu raison des idées délirantes, de l'agitation de la malade Ces phénomènes, qui dataient de huit jours, disparurent complètement, et dix jours après, la malade sortait complètement guérie.

Nous sommes heureux d'enregistrer le résultat signalé par MM. Castelli et Lumbroso, car il concorde absolument avec celui que nous avons obtenu dans un cas analogue dont nous avons d'ailleurs donné l'année dernière la relation dans les *Archives de neurologie* (1). Il s'agissait d'une aliénée hystérique, chez laquelle tous les traitements mis en œuvre échouaient depuis de longs mois; nous avons pu l'observer nous-même pendant plus d'un an, et nous avons obtenu une guérison, relativement rapide, par l'hypnotisme et les suggestions négatives qui ont agi aussi bien sur les symptômes somatiques que sur les désordres psychiques. Dans le cas actuel, la guérison a été très rapide, mais les phénomènes délirants dataient de quelques jours seulement. A ce propos, nous ferons remarquer l'influence qu'a exercée sur leur apparition l'attaque convulsive. La malade, qui n'était que dans un état de dépression mélancolique simple, tombe après l'attaque dans un véritable accès délirant, avec agitation, idées de suicide.... Ce fait vient à l'appui de ce que nous avions observé déjà chez notre malade, car il nous montre l'influence que les désordres somatiques peuvent avoir sur les manifestations psychiques de l'hystérie, et cette remarque a bien son importance au point de vue

(1) J. Seglas. *Fait pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive.* (*Arch. de neurologie*, n° 30, 1885).

thérapeutique, en nous indiquant la cause possible du symptôme à traiter.

En résumé, l'observation que nous venons d'analyser est un exemple de plus de l'influence thérapeutique de l'hypnotisme sur l'état mental ou physique des hystériques; aussi ce fait doit-il attirer l'attention des médecins adonnés à ce genre d'études et les encourager à faire dans cette voie de nouvelles recherches. J. Séglas.

Sur un cas de torticolis par A. de Giovanni. — R. Istituto di Sc. e let, 2 déc. 1880.

Fille de 27 ans, venue pour se faire opérer d'un torticolis très prononcé; le chirurgien auquel elle s'était adressée demanda l'avis du professeur de Giovanni, celui-ci fut conduit par les anamnesiques à soupçonner que cette affection n'était due à aucune lésion organique des muscles ou des articulations, mais était très probablement de nature névropathique (attaques convulsives et comateuses, forte émotion morale comme cause de l'affection). — L'emploi d'un courant faradique très léger sur les muscles du cou amena en quelques minutes une amélioration considérable; la guérison totale fut obtenue par des applications de plaques de fer. L'auteur ne pense pas que ce soit là à proprement parler un cas d'hystérie mais plutôt de nervosisme; à la suite de cette observation, il donne sur la production de ce torticolis par la prédominance de la tonicité musculaire, une série d'explications et de déductions pathologiques qui sont à lire dans l'original et se prêtent mal à une courte analyse. P. Marie.

Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten (*Berl. Kl. Wochenschr.* 1885, n° 23).— **Die Bedeutung d. Gymnastik f. Diagnose, Prognose und Therapie der Herzkrankheiten** (*Zeitschr. f. Therapie,* 1885, n°s 20, 21); par le Dr Auguste Schott.

Stokes a recommandé aux cardiaques les mouvements corporels, l'ascension des montagnes et il a insisté sur l'importance qu'il y a de fortifier de tels malades. M. Schott, médecin des bains de Nauheim, emploie une méthode plus rationnelle qu'il nous expose avec détails dans ses deux mémoires. Après les bains qui augmentent la tension sanguine et sont une forme adoucie d'excitation cardiaque, il fait exécuter à ses malades des mouvements gymnastiques mesurés. Le pouls devient plus fort et après une légère accélération sa fréquence diminue (90 pulsations au lieu de 142). Les mouvements respiratoires se ralentissent (24 au lieu de 36), etc. Le fait le plus intéressant à noter est la disparition de la dilatation cardiaque. Le ventricule droit revient à l'état normal, après 10 minutes d'exercice ; c'est donc là un bon moyen de diagnostic. Ces résultats du traitement sont d'abord passagers; ils deviennent peu à peu durables, comme M. Schott en cite des observations.

J. Dagonet.

Tarassis, troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'histoire par le Dr Lanoaille de Lachèse. — J.-B. Baillière, 1886.

L'auteur a observé, sur des soldats, des phénomènes névropathiques bien caractérisés; il les décrit minutieusement et sans aucun doute ces hommes étaient de véritables hystériques; mais c'est là un nom que M. Lanoaille de Lachèse trouve si mal fait pour le sexe masculin qu'il propose de le remplacer par celui de *tarassis*. Qu'on accepte ou qu'on rejette ce nouveau terme nosologique, il est juste de reconnaître que les quatre observations contenues dans ce mémoire offrent un véritable intérêt; ces soldats seront de précieuses recrues pour la question de l'hystérie mâle. Puissent nos confrères de l'armée, un peu trop soupçonneux parfois à propos de simulation, se laisser persuader que l'hystérie est, comme le dit l'auteur, bien loin d'être rare chez les hommes, même chez les militaires. P. M.

Mission sanitaire. — Par arrêté de M. le ministre du commerce, MM. les docteurs Ballet, agrégé de la Faculté de Médecine, et Léon Thoinot, ancien interne des hôpitaux, ont été chargés du service sanitaire des îles d'Hyères pendant la durée du rapatriement des troupes du Tonkin.

NÉCROLOGIE

Le Dr L. Thaon.

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre ami, le Dr Louis Thaon (de Nice), décédé dans sa quarantième année le 26 mars dernier.

C'est à Paris que Thaon a fait ses études médicales. Il fut reçu interne des hôpitaux de Paris en 1867 et fit la campagne de 1870 dans la cinquième ambulance dirigée par son maître, M. U. Trélat. Durant son internat, Thaon a commencé la série des nombreuses publications scientifiques qui ont établi sa réputation sur des bases solides. Il fut notre collaborateur au *Mouvement médical*, puis au *Progrès médical*, qu'il nous aida à fonder et auquel il a toujours eu à cœur de collaborer. Outre des communications multiples à la *Société anatomique* (1863-73) et à la *Société de biologie*, on doit à notre ami bien regretté les mémoires suivants : *Recherches cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose* (thèse 1873); *Clinique climatologique des maladies chroniques : phtisie pulmonaire*, 1877; *Traitement pneumatique de la Phtisie*; *La Tuberculose dans ses rapports avec la scrofule*, 1878; *Hystérie locale et Rhumatisme*, (*Prog. méd.* n° 6, 1880); *Mémoire sur la cachexie pachydermique* (*Rev. de médecine* 1880); *Des Pneumonies tuberculeuses, leur évolution sous l'influence du bacille*, 1885. — Il a publié ici de nombreux articles et des lettres remarquables sur l'enseignement de la médecine aux Etats-Unis en 1884 et 1885. Citons encore : *Du poids dans les maladies des enfants* (*Arch. de Phys.*, I-IV, 1872) : *De l'origine de la granulation tuberculeuse* (*Arch. de Phys.*, I-V, 1873).

L. Thaon occupait le premier rang comme médecin à Nice et ses compatriotes l'avaient élu conseiller général ; il jouissait d'une grande considération que lui avaient méritée son aménité, sa distinction, sa bienveillance, son dévouement et ses connaissances très étendues, lorsque, cédant à des conseils désastreux, il délaissa la médecine pour s'occuper d'affaires. Il éprouva des déboires dont il sortit à son honneur, revint à la médecine et reconquit vite sa situation. Travailleur infatigable, médecin consciencieux par excellence, Thaon voulait toujours être au courant de la science : c'est dans ce but qu'il vint à Paris, l'été dernier, travailler au laboratoire du Collège de France avec ses maîtres, ou mieux ses amis, Ranvier et Malassez. C'est peu avant son départ de Paris que se développa la maladie qui devait l'enlever à la sincère et vive affection de ses nombreux amis.

Le *Progrès médical* perd en Thaon un de ses collaborateurs les plus distingués et nous un ami dévoué et fidèle. B.

VARIA

Institut Pasteur.

La Faculté de médecine de Nancy a voté 600 francs pour cet Institut. — La souscription publique a atteint le chiffre de 537.123 fr. Parmi les Russes — dont on parle tant, — mordus par un loup enragé et traités à l'Hôtel-Dieu, un seul restait à cet hôpital pour faire soigner ses blessures. Tous les autres étaient sortis bien portants; lui seul était encore en traitement lorsque la rage s'est manifestée tout à coup; il a succombé peu de temps après par suite de l'intensité des accidents rabiques. — Huit nouveaux Russes qui ont été mordus par un loup enragé sont arrivés, accompagnés d'un médecin, il y a quelques jours. Ils ont été dirigés sur l'infirmerie de la rue d'Ulm. Les blessures qu'ils ont reçues sont presque toutes à la face; quelques coups de croc les ont

également atteints aux mains. — Les journaux politiques ont rapporté cette semaine le cas d'un employé de la *Gazette de Neuilly*, mordu par un chien enragé. Le blessé, avec un courage digne d'éloges, aurait saisi l'animal et l'aurait plongé dans un baquet plein d'eau. Le chien aurait été reconnu enragé par M. Bellon, vétérinaire. Le blessé se serait rendu au laboratoire de M. Pasteur. Nous croyons que dans les cas de ce genre, c'est-à-dire quand il s'agit de malades du département de la Seine ou des localités environnantes, *mordus par des chiens dont on a pu se rendre maître*, il y aurait un grand intérêt à ce que les animaux fussent conduits immédiatement au laboratoire de la rue d'Ulm où on pourrait faire une autopsie aussi complète que possible et pratiquer toutes les inoculations expérimentales capables de mettre la réalité de la rage hors de toute contestation.

On annonce un troisième décès parmi les Russes soignés par M. Pasteur. — D'autre part, le bruit court qu'il y aurait plusieurs cas de mort parmi les nombreux mordus qui viennent se faire vacciner au laboratoire de l'Ecole normale. — M. Pasteur a rendu compte des premiers décès survenus chez les Russes à la dernière séance du Conseil d'hygiène. — Six Finlandais mordus par un chien enragé arrivent d'Helsingsfors.

Une note d'apothicaire au XVIIe siècle.

Voici encore une pièce curieuse :

Il s'agit d'un apothicaire du XVIIe siècle, non pas de ceux que ridiculisaient les beaux esprits du temps, et qui faisaient dire au poète populaire (*le poète sans fard*), de l'un de ces industriels de fantaisie, voués à l'extermination de notre race :

« Damon, petit apoticaire,
A petit corps, petit esprit,
Petit cerveau, petit crédit
Et tient fort petit ordinaire ;
C'est un vrai petit laquemard,
Qui bien prizé feroit en somme
En toute chose un petit homme,
S'il n'estoit un grand babillard. »

Il s'agit tout simplement d'un apothicaire sérieux, fournisseur de gens de haute volée, le sieur Gamard, dont M. Brièle, archiviste de l'administration de l'Assistance publique, m'a fait l'amitié de me communiquer une note (note d'apothicaire s'entend), découverte dans les archives de l'Assistance et payée intégralement, sauf vérification à lui, sieur Gamard, apothicaire à Paris, par une certaine veuve Chahu, femme d'un trésorier général de France à Paris (1).

A part quelques formules du temps, il n'existe à véritablement parler dans la note du sieur Gamard, aucun de ces médicaments bizarres que l'on trouve à chaque pas dans les livres de médecine de l'époque, et, le brave médecin qui a soigné le digne époux de la veuve Chahu, et dont j'ignore malheureusement le nom, ne m'a pas l'air, malgré Molière et l'un de ses plus sympathiques admirateurs (j'en suis aussi), l'excellent Monval, archiviste de la Comédie française et directeur du *Moliériste*, d'un de ces sinistres empoisonneurs dont le doyen et fondateur de notre grande scène de la rue Richelieu, s'est tant diverti dans ses inimitables pièces.

Pour une période de quatre années, pas le moindre petit grain de thériaque, et cependant, c'était le bon temps! Les saignées, la thériaque et l'émétique faisaient dire au poète :

« C'est un besoin des temps malades où nous sommes ! »

Cet honnête praticien paraît même complètement ignorer qu'on peut faire avaler aux malades (sans compter les pilules dorées) des *larmes de cerf ou des nids d'alcyon* et donner pour le rhume, au lieu du classique bâton de guimauve, des poumons de renard séchés au four, réduits en poudre et mêlés ensuite à du vin blanc, breuvage qui devait vous guérir au bout de quinze jours sinon, il fallait recommencer (1).

Rien de tout cela dans ses ordonnances et le proverbe qui dit qu'il est des honnêtes gens partout semble avoir toujours été vrai.

Ceci posé, j'abandonne la partie scientifique et historique que je voulais traiter (2), et je copie servilement le relevé des « *parties fournies pour feu M. Chahu, deubes à Me Gamard, apothicaire à Paris* » en exceptant toutefois les répétitions :

	sols
Du 8 janvier 1669, en mastic et opium	20
Du 23, pour la jardinière, un pot de gelée.	15
Plus trois onces sirop de jujube.	18
Plus pour monsieur une once 1/2 de manne et 1/2 gros de rhubarde	21
Plus deux onces tablettes de guimaulve	20
Du 6 février, pour monsieur, un pot de gelée . . .	15
Du 13, trois gros de séné et demie once de rhubarbe.	25
Du 1er mars, pour madame, un clystère laxatif et carminatif.	15
Du 6, pour madame, une drachme, confection alkermès.	10
Du 11, pour monsieur, une drachme, confection alkermès	10
Du 17, une prise d'opiatte composée suivant l'ordonnance	30
Plus trois onces miel mercurialle	6
Du 23, une prise confection d'alkermès.	10
Du 24, id. id.	10
Du 25, id. id.	10
Du 26, id. id.	10
Du 30, une livre miel commun	6
Plus 12 onces miel nénuphar.	24
Du 3 avril, une once de tablettes confortatives. . .	20
Du 7, une once confection de hyacinthes.	15
Du 20, une boiste de pouldre digestive.	30
Plus 4 onces d'opiatte splénique et cordialle suivant l'ordonnance . . . . 4 livres.	»
Du 21, demi septier d'eau de sauge.	10
Du 30, pour monsieur, 2 onces sirop de jujube. . .	12
Du 2 may, 4 onces miel de Narbonne	5
Du 18, pour madame, une once d'huile d'amandes douces.	8
Plus une once sirop de capillaire et deux onces eau de pariétaire	9
Du 6 juin, pour monsieur, une médecine.	15
Du 7 juin, pour madame, une médecine.	15
Du 8, pour madame, 12 onces sirop de chicorée simple.	62
A cette époque, M et Mme Chahu partent pour les eaux ou la campagne. La note continue au 4 août par :	
Un gros de rhubarbe.	5
Du 6 août, id.	5
Du 7, six onces racine de scorzonaire et autant de chardon bénit	12
Du 9, 4 onces de manne	48
Plus 4 onces de sirop de nénuphar	24
Plus 10 onces de miel violat.	20
Du 11, pour madame, fourni une apozème somnifère.	20
Plus pour M. Dola (j'ignore quel est ce familier) une prise séné, une once de manne et une prise de cristal minéral	18
Du 11 au 22, les médicaments se répètent de la même façon.	
Le 22, nous trouvons pour monsieur, une prise de tamarin, cotée	24
Le 4 septembre, madame prend 4 onces lenitif fin. .	32
Plus 12 onces miel violat.	24
Et une foule de médecines réitérées.	
Le 21 septembre, pour monsieur, une emplastre composée suivant l'ordonnance.	40
Le 23, un pot d'opiatte cophalique fort composé, 4 livres.	
Le 25, 10 onces, sirop magistral. . . . . . 5 livres (3).	

Nous n'en finirions pas de détailler cette note dont toutes les parties se ressemblent à peu près d'un bout à l'autre. Le médecin de la famille Chahu paraît déjà s'être débarrassé des préjugés et des empirismes du siècle. Sauf quelques bizarres ordonnances, il semble se tenir à une médication presque raisonnée. Trop de pur-

(1) La famille Chahu occupait un rang distingué dans la riche bourgeoisie parisienne du XVIIe siècle.

Henri Chahu était trésorier général des finances en Bretagne. Il mourut en 1678, léguant tous ses biens à l'Hotel-Dieu de Paris.

Claude Chahu, son cousin, trésorier général à Paris, avait épousé Christine de Heurles, d'une vieille famille parisienne dont il existe encore des membres à Paris.

Claude Chahu avait acquis la seigneurie de Passy.

Sa femme, qui semble avoir été une personne d'une remarquable intelligence, mourut en 1683, faisant elle aussi l'Hotel-Dieu son légataire universel.

En relations avec ce que la société du temps comptait de personnages remarquables, on trouve dans les cartons des archives de l'Assistance publique un certain nombre de lettres intéressantes adressées à Madame Chahu par le duc de Noailles sur les événements du jour (*Note de M. Brièle, archiviste de l'Administration générale de l'Assistance publique*).

(1) *Secrets choisis pour diverses maladies* par Mme Boursier, sage-femme de la reine Marie de Médicis.

(2) M. Rivière, dans la *Revue scientifique* du 27 juin 1885, a publié quelques notes intéressantes sur l'Apothiquairerie au XVIIe siècle. Je prends la liberté d'y renvoyer les lecteurs du *Progrès*.

(3) *Arch. de l'Assist. publique* : Legs universel de Mme Chahu.

gations pourtant. Mais lorsqu'on songe qu'au bout de quatre années, la maison d'un trésorier de France n'a rapporté que 380 livres à son apothicaire, c'est bien peu et nous sommes loin des comptes du bon Argan dans le *Malade imaginaire*, si l'on pense que c'était encore l'apothicaire qui fournissait le 4 janvier 1670, jour de la mort de M. Chahu, 24 flambeaux plus 28 cierges, compris dans son mémoire.

On voit déjà que la médecine et la pharmacie vont se relever, que les querelles vont sinon tout à fait disparaître entre les deux corps, mais du moins y jeter quelques lumières, et comme le disait l'année dernière M. Rivière, dans la *Revue scientifique*, « *on sent l'agonie des idées et des pratiques du moyen âge* » ; une ère nouvelle est déjà en voie de formation, qui, dans le milieu du XVIIIe siècle, élèvera les fondations du véritable progrès et posera les premiers jalons de la science moderne. Albin ROUSSELET.

Ambulances urbaines.

Bien des fois nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la nécessité qui s'imposait d'établir dans Paris un système d'ambulances permettant de recueillir et de soigner aussi vite que possible les personnes blessées ou tombées malades sur la voie publique. En 1883, nous avons été chargé par la 8e commission du Conseil municipal de faire un rapport sur une proposition de M. Levraud « tendant à la mise à l'étude d'un projet de réorganisation du service des secours publics sur les bases de celui qui fonctionne à New-York (proposition Nachtel). Nous terminions ce rapport par le projet de vœu suivant :

« Le conseil, vu, etc., émet le vœu : 1° que la ville de Paris soit divisée en *circonscriptions hospitalières* ; 2° qu'il soit établi, dans deux hôpitaux, des ambulances analogues à celles qui fonctionnent à New-York (1).

Depuis lors, nous avons publié une série de documents sur cette importante question (2). Nous avons même eu l'occasion d'insérer des réclamations au sujet de la priorité de cette idée (3). Eh bien, n'en déplaise aux auteurs contemporains, il s'agit là d'une réforme qui est plus ancienne qu'eux et qui a même reçu autrefois, à Paris même, un commencement de réalisation. Voici, en effet, ce que nous lisons dans le *compte rendu de la séance du Conseil général de la commune de Paris* (du 29 mars 1791), d'après le *Journal de la municipalité et du département de Paris* (n° 14, t. IV, p. 53) :

« Dans la séance du 22, M. Cadet de Vaux est venu proposer au Conseil d'étendre un *établissement qu'il a commencé*, et dont l'utilité est aussi bien vue que générale. L'étendue, la population et les embarras de Paris multiplient d'autant les accidents, et il est peu de jours où l'humanité ne souffre de voir des gens écrasés, des voitures versées et des ouvriers blessés, etc. Avant tout, on les transporte sur des brancards ou des échelles chez des Commissaires où souvent, pendant qu'on verbalise, la mort frappe des coups que des secours instantanés auraient évités. Déjà par l'effet des soins et du patriotisme de M. Cadet de Vaux, il existe à l'abbaye Saint-Martin-des-Champs un hospice provisoire auquel est attaché un habile chirurgien, et où se trouvent à l'instant tous les secours nécessaires à un homme blessé ou estropié. C'est un asyle du moment que chaque habitant de la capitale peut être obligé de rechercher au besoin. M. Cadet *proposait d'en établir de semblables dans les divers quartiers de la capitale*. Il a été justement applaudi, et le Conseil a pris sa demande en grande considération. »

Nous n'avons pu savoir, jusqu'ici, ce qui était advenu de l'ambulance de M. Cadet de Vaux ni si la Commune avait donné suite à la proposition. Mais, il est évident qu'une réforme qui était déjà reconnue utile en 1791, l'est encore davantage aujourd'hui. Il est donc du devoir de M. le préfet de police et de M. le directeur de l'Assistance publique d'étudier la proposition votée il y a trois ans par le Conseil municipal et de nommer une commission spéciale chargée d'examiner les voies et moyens pour doter Paris d'un système d'*ambulances urbaines*.

Incident à l'Ecole de Pharmacie de Paris.

Le cours de M. CHATIN, directeur de l'Ecole de pharmacie, a été troublé mercredi par une manifestation des étudiants. Depuis quelque temps les internes en pharmacie des hopitaux manifestaient à l'égard du directeur une certaine hostilité. Mercredi les mécontents s'étaient groupés sur les gradins supérieurs de l'amphithéatre. Au moment où M. Chatin commençait son cours, ils firent pleuvoir sur sa chaire une grêle de projectiles, pommes, œufs, etc., en criant : « Démission ! démission ! » Plusieurs auditeurs ne prenaient aucune part à ce tapage ; ce que voyant, le directeur dit aux manifestants : « Je vais vous faire apporter du papier et de l'encre ; nous verrons combien d'entre vous sont disposés à signer une pétition demandant mon remplacement. » A ce moment, un sac de farine, lancé par les perturbateurs, tomba sur un des élèves tranquilles ; il s'ensuivit une scène de confusion. M. Chatin donna alors aux tapageurs l'ordre de quitter la salle, ce qu'ils firent immédiatement. Le cours, interrompu pendant quelques minutes seulement, fut alors repris sans encombre.—Voici, paraît-il, la cause à laquelle l'administration de l'Ecole attribue le mécontentement des internes en pharmacie : Le règlement de l'Ecole prescrit qu'il doit y avoir par semaine trois séances de travaux pratiques de quatre heures chacune. Jusqu'à ces derniers temps, elles avaient eu lieu très régulièrement, les lundis, mercredis et vendredis, de midi à quatre heures. Les internes en pharmacie demandèrent récemment que, en raison de leur service dans les hopitaux, les travaux pratiques ne commençassent qu'à une heure. La direction décida que les travaux pratiques commenceraient à une heure pour finir à cinq heures, maintenant ainsi les quatre heures de travail prescrites par le règlement ; et récemment, sur la demande d'un professeur, la durée de ces séances avait été fixée de une heure et demie à cinq heures et demie. Les élèves manifestants ont prétendu aussi que le directeur de l'école, botaniste éminent, avait une partialité marquée pour la science à laquelle il doit sa réputation. M. Chatin a jugé la manifestation si peu importante qu'il ne prendra aucune mesure extraordinaire pour la tranquillité du prochain cours. — Cependant le tumulte a recommencé à la leçon suivante.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 12. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Nicaise, Terrier, Kirmisson. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Guéniot, Reclus. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

MARDI 13. — Dissect (Epreuve pratique) : MM. Richelot, Cruveilhier, Humbert. — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Laboulbène, Debove ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Ball, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Berger, Campenon ; — 2e *Serie* : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctoral*, 2e partie (Charité), 1re *Série* : MM. Peter, Legroux, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Grancher, Troisier.

MERCREDI 14. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Nicaise, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Cruveilhier, Lutz, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Gueniot, Terrier, Rémy. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Fournier, Damaschino, Straus.

JEUDI 15. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Delens, Richelot, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Bouchard, Grancher, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Proust, Legroux, Debove ; — 3e *Série* : MM. Peter, Ball, Hanot.

VENDREDI 16. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Terrier, Kirmisson. — 1er *de Doctorat* : MM. Damaschino, Lutz, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Guéniot, Segond. — 2e *de Doctoral*, 1re *Série* : MM. Béclard, Nicaise, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Gariel, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

SAMEDI 17. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cruveilhier, Delens, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Berger, Bouilly. — 3e *de Doctoral*, 2e partie : MM. Bouchard, Peter, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Richelot, Peyrot ; 2e partie, 1re *Série* : MM. Hardy, Brouardel, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Ball, Cornil, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Legroux, Debove.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 14. — M. Charon. Etude sur le traitement des fracture du bras avec chevauchement des fragments. — M Terpandros. Etude critique sur les opérations chirurgicales du ptosis paralytique. — *Jeudi* 15. — M. Thierry. Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles iodées dans le goitre parenchymateux. — M. Michel. De la grippe et de ses manifestations pulmonaires. — M. Legris. Du sulfate de spartéine. — M. Barancy. De la phlegmasie périutérine bénigne. — M. Manière. Essai historique sur le délire des persécutions. —

(1) M. le directeur de l'Assistance publique et M. le préfet de police étaient invités à nommer une commission administrative, chargée de soumettre au Conseil un projet définitif.

(2) Voir *Progrès médical*, 1884, p. 148, 193.

(3) *Progrès médical*, 1884, p. 600 et 707.

Vendredi 16. — M. Capdeville. Contribution à l'étude d'un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques (état ichthyosique). — M. Gilbert. Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. — Du cancer massif du foie. — *Samedi* 17. — M. Queyrat. Tuberculose infantile. — M. Lefebvre. Essai sur l'insuffisance aortique chez les enfants. — M. Vandier. De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (étude des convulsions et tremblements d'origine traumatique).

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Appareils à douches stomacales ; PAR le Dr RUAULT.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom du Dr A. Ruault, un appareil dit à *douches stomacales*, destiné au curage, au lavage et à la médication topique de l'estomac.

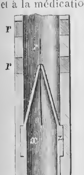


Fig. 32.

Cet appareil, construit par M. Galante sur les indications du Dr Ruault, se compose d'une sonde gastrique en caoutchouc rouge, dont le bout stomacal (*fig.* 32) est terminé par une soupape *x z* qui s'ouvre largement lorsqu'on aspire le contenu de l'estomac, et se ferme au contraire lorsqu'on y injecte le liquide. Celui-ci passe alors par de petites fentes *r, r, r*, disposées sur une longueur de quelques centimètres tout autour du bout stomacal de la sonde, de façon à constituer une véritable douche en cercle excentrique. Le bout extérieur de la sonde *s* (*fig.* 33) est bifurqué en Y.

Chacune des branches de bifurcation *t, t'*, se rend à un bouchon *b, b'*, de moyen calibre, pouvant s'adapter à une bouteille ordinaire, disposition analogue à celle que M. Potain a donné à son aspirateur. Deux poires en caoutchouc, — l'une foulante P, l'autre aspirante P', — reliées à chacun des bouchons tubulés, complètent l'appareil.

La manœuvre est fort simple (*fig.* 33). La sonde étant introduite

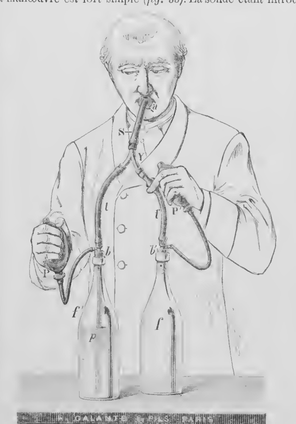


Fig. 33.

dans l'estomac, on fait d'abord jouer la poire foulante, qui produit la douche; lorsque la quantité de liquide ainsi introduite est suffisante, on retire le liquide par aspiration, et l'on continue ainsi à doucher l'estomac et à en retirer le liquide qui a servi, jusqu'à ce que celui-ci ressorte aussi propre qu'il est entré. On évite, dans les deux cas, que le liquide reflue dans la deuxième branche de bifurcation de la sonde, en obturant cette branche par compression avec les doigts d'une main, tandis que l'autre main fait jouer la poire du côté opposé.

Les avantages de cet appareil sont les suivants: — 1° Il évite la distension mécanique de l'estomac, qui se produit fatalement avec les autres appareils (tube-siphon, sonde à double courant) actuellement usités. En effet, on est obligé, avec ces appareils, d'emplir entièrement l'estomac de liquide pour baigner toute l'étendue de ses parois, tandis qu'avec celui-ci on peut arroser toute leur surface en n'introduisant à la fois dans l'estomac qu'une quantité de liquide insignifiante ; — 2° Il détache mécaniquement les mucosités adhérentes aux parois de l'organe, résultat impossible à obtenir avec les appareils usités actuellement, ainsi que l'ont prouvé de nombreux essais faits tant sur le vivant que sur des estomacs récemment enlevés à des cadavres.

La muqueuse stomacale, ainsi débarrassée des mucosités qui la recouvrent dans beaucoup de cas, pourra donc toujours être mise en rapport direct avec les liquides employés pour le lavage, et peut être bénéficier ainsi de la médication topique, qui rend de si grands services dans le traitement des affections des autres muqueuses (intestin, utérus, vessie, fosses nasales, etc).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — **Du dimanche 28 mars 1886 au samedi 3 avril 1386, les naissances ont été au nombre de 1222 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 442; illégitimes, 167. Total, 609. — *Sexe féminin* : légitimes, 445; illégitimes, 168. Total, 613.**

MORTALITÉ A PARIS. — **Population d'après le recensement de 1881. 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28, mars 1886 au samedi 3 avril 1886, les décès ont été au nombre de 1218, savoir : 687 hommes et 561 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2 F. 6. T. 8. Variole : M 2. F 2, T. 4. — Rougeole : M. 12, F. 12, T. 24. — Scarlatine : M. 2. F. 5 T, 7. - Coqueluche : M. 6, F. 6 T. 12. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 15, T. 30. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 3, T. 5. — Infections puerpérales : 7 — Autres affections épidémiques : M. ., F ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 23 F. 27, T. 50. — Phthisie pulmonaire : M. 158, F. 79 T. 237. Autres tuberculoses: M. 25, F. 17. T 42. — Autres affections générales : M. 25, F. 42 T. 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 35, T. 55. — Bronchite aiguë: M. 23, F. 24, T. 47. — Pneumonie : M 93, F. 72, T. 165 — Athrepsie : M. 39, F. 24. T. 63. — Autres maladies des divers appareils : M. 170, F. 158, T. 328. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 22, F. 15, T. 20. — Causes non classées M 18, F. 9, T. 27.**

***Morts-nés et morts avant leur inscription* : 87 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 19. Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 15. Total : 34.**

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS — Les questions données aux dernières épreuves orales de 3/4 d'heure ont été : mercredi, 31 mars, *De la contraction utérine*, MM. Stapfer et Maygrier; — Jeudi, 1er avril, *Troubles et accidents occasionnés par le cordon pendant l'accouchement*, MM. Bar et Gerbaud ; — Vendredi, 2 avril, MM. Boissard et Bureau. — M. le Dr Routier s'est retiré du concours.

Les candidats admis à subir les épreuves définitives sont pour Paris : MM. Jalaguier, Brun, Nélaton, Schwartz, Delapersonne, Picqué et Barette, pour la chirurgie ; MM. Bar, Auvard, Maygrier, pour les accouchements ; — Pour la province sont déclarés admissibles : MM. Etienne, Augagneur, Pousson, Gangolphe, Forgues, Dénucé, True, Vautrin, pour la chirurgie ; MM Rémy et Gerbaud pour les accouchements. — Voici l'ordre dans lequel ces candidats subiront la première épreuve définitive (épreuve orale d'une heure après 24 heures de préparation) : 1, Schwartz ; 2, Delapersonne; 3, Picqué ; 4, Etienne ; 5, Barette ; 6, Jalaguier ; 7, Augagneur ; 8, Pousson ; 9, Gangolphe ; 10, Brun ; 11, Nélaton ; 12, Forgues ; 13, Dénucé ; 14, True ; 15, Vautrin, pour la section de chirurgie ; — 1, Auvard ; 2, Rémy ; 3, Bar ; 4, Maygrier ; 5, Gerbaud, pour la section d'accouchement. — Le lundi 5 avril, a eu lieu la première épreuve ; les questions posées ont été : M. Schwartz, *Des abcès chauds de la cavité pelvienne* ; M. Delapersonne. *Des tumeurs des muscles striés*. — Mardi, 6, *Accidents primitifs et tardifs de la trachéotomie*, M. Picqué ; — *Hémorrhagies traumatiques secondaires*, M. Etienne ; — Mercredi, 7, *Etiologie et Pathogénie de l'infection purulente*, M. Barette ; — *Des indications fournies par la température en chirurgie*, M. Jalaguier ; — Jeudi 8, *Des névromes*, M. Augagneur ; *Goître parenchymateux simple*, M. Pousson.

Les sujets de *thèses* ont été donnés samedi soir aux candidats admissibles par tirage au sort. *Chirurgie* : M. Schwartz : *Tumeur du larynx* ; — 2, M. Delapersonne : *Arthrites infectieuses, non tuberculeuses* ; — 3, M. Picqué : *Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil*; — 4, M. Etien-

ne : *Des tumeurs de la paroi abdominale, les hernies exceptées*; 5, M. Barette : *Des néphrites infectieuses chirurgicales*[1]; — 6, M. Jalaguier : *De l'arthrotomie*; — 7, M. Augagneur, *Tumeur du mésentère*; — 8, M. Pousson : *De l'ostéoclasie*; — 9, M. Gangolphe : *Kystes hydatiques des os*; — 10, M. Brun : *Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques*; — 11, M. Nélaton : *Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques*; — 12, M. Forgues : *Des septicémies gangréneuses*; — 13, M. Dénucé : *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*; — 14, M. Truc : *Traitement chirurgical de la péritonite*; — 15, M. Vautrin : *Traitement chirurgical des myomes utérins*. *Accouchements* : 16, M. Auvard : *Conduite à suivre dans le cas de placenta prœvia*; — 17, M. Rémy : *Grossesse compliquée de kyste ovarique*; — 18, M. Bar : *Cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement*; — 19, M. Maygrier : *Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine*; — 20, M. Gerbaud : *Rétention du placenta et des membranes dans l'avortement*.

CONCOURS DU PROSECTORAT A PARIS. — La lecture des compositions écrites a lieu les mercredis, jeudis et vendredis de chaque semaine ; M. Assaki s'étant désisté, il ne reste que onze candidats.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR AU BUREAU CENTRAL D'ADMISSION DES HÔPITAUX DE PARIS. — Ce concours sera ouvert le lundi 24 mai 1886, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le Registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 19 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 6 mai, à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Vacances de Pâques*. — A l'occasion des fêtes de Pâques, la Faculté sera fermée du dimanche 18 avril, au lundi 3 mai 1886. — En raison des funérailles de M. le professeur Bouchardat, la Faculté sera fermée samedi et les examens qui devaient avoir lieu ce jour-là seront repoussés après les vacances de Paques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PINET, préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, est nommé chef dudit laboratoire en remplacement de M. Bochefontaine, décédé. M. BONNOT, docteur en médecine, est nommé préparateur du Laboratoire de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Pinet.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le mardi 13 avril 1886, à 9 heures du matin, dans la salle des examens de la Faculté, M. Cloez soutiendra pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques une thèse ayant pour titre : *Recherches sur les dérivés chlorés de l'acétone*.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE LYON. — M. VINCENT, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements jusqu'à la fin de l'année 1885-86.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. ALBERTIN, interne des hôpitaux de Lyon, est nommé aide d'anatomie à la faculté de Lyon pour 3 ans.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. GARBE, maître de conférences à la faculté des sciences de Montpellier, est chargé d'un cours de physique à la Faculté des sciences de Poitiers pendant l'année 1885-86.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — Il est créé à l'Ecole normale supérieure un laboratoire de physique rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (2[e] section). M. VIOLLE, maître de conférences de physique à l'Ecole normale supérieure, est nommé directeur de ce laboratoire.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours* pour les prix à décerner à MM. les *élèves en pharmacie* des hopitaux et hospices. — Le jeudi 13 mai 1886, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéatre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 12 avril, et sera clos le mercredi 28 avril, à trois heures.

CONSEIL GÉNÉRAL DES FACULTÉS. — Le conseil général des facultés et écoles de l'Académie de Paris, a discuté il y a quelques jours les règlements fixant à quelles conditions les cours libres pourront être faits dans les Facultés et Ecoles officielles. On a voté à l'unanimité l'institution des cours libres; les conditions imposées, paraît-il, sont très libérales.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de chirurgien au bureau d'admission*. — Ce concours sera ouvert le lundi 31 mai 1886, à 4 heures à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 27 avril 1886, et sera clos définitivement le mercredi 12 mai à 3 heures.

CHOLÉRA EN BRETAGNE. — De nouveaux cas de choléra se produisent en Bretagne et il parait qu'on a affaire à une reviviscence de l'épidémie aux environs de Douarnenez surtout; on prend chaque jour les mesures de première nécessité.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la nomination, en qualité de chirurgien de la Maison nationale de Charenton, de notre ami et dévoué collaborateur M. le D[r] DAMALIX, aide d'anatomie à la Faculté.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le P[r] DESCLOIZEAUX commencera son cours de minéralogie mercredi 7 avril 1886, à 4 h. 3/4, dans l'Amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine. Après avoir exposé l'histoire générale des minéraux, il entrera dans la description des espèces comprises dans la classe des pierres. Des conférences pratiques auront lieu le jeudi dans la galerie.

M. FRANCHET, botaniste attaché aux herbiers du muséum d'histoire naturelle, est nommé répétiteur au laboratoire de botanique (classification des familles naturelles), dirigé par M. Bureau à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (3[e] section).

NOMINATIONS DIVERSES. — M. BLANC est nommé médecin des Prisons de Lyon, en remplacement de M. Pernot, décédé.

PRIX. — La Société de médecine de Marseille décernera à la fin de 1886 un prix (Prix Rampal) de la valeur de 500 francs au meilleur travail sur ce sujet : *Complications splanchniques survenant à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine*. S'adresser au D[r] Mercier, 1, rue de la République, à Marseille, avant le 15 novembre 1886.

L'Université de Genève décernera en janvier 1888, un prix de 2,000 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Examen critique de la thèse d'Auguste Comte : les lois des phénomènes de la nature sont applicables aux phénomènes sociaux*.

NÉCROLOGIE. — M. le D[r] MARCEL (de Paris). — M. de BAST, pharmacien, membre fondateur de la Société de médecine de Gand. — M. le D[r] Noël COULOMB, ancien interne des hôpitaux de Lyon, décédé à 33 ans, médecin consultant à Bagnols-les-Bains. — M. le D[r] H. PERNOT, mort à 44 ans de pneumonie infectieuse à Lyon, médecin du chemin de fer P.-L.-M. et des prisons, auteur de plusieurs travaux en hygiène et anthropologie criminelle. — M. WEILL, pharmacien adjoint des hôpitaux de Lyon. — M. le D[r] DAZET (de Toulouse). — Le D[r] Joseph NOWAK, professeur à l'Université de Vienne, mort à l'âge de 45 ans. Il a publié un certain nombre de travaux sur l'hygiène, et en 1881, a publié un traité complet d'hygiène, et dont la seconde édition était sur le point de paraître. — M. le D[r] DELUY, médecin-major de 1[re] classe, bibliothécaire de l'Ecole du Val-de-Grâce, décédé, à Paris, à 66 ans.— M. le D[r] H. BOUCHUT, licencié ès sciences physiques, membre de la Société chimique, fils de M. le D[r] Bouchut, médecin honoraire des hôpitaux. M. H. Bouchut, n'était agé que de 24 ans. Il avait publié plusieurs travaux dans la *Revue des Deux-Mondes*. — M. le D[r] BOUCHARDAT, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, mort à l'âge de 79 ans. Les obsèques auront lieu le samedi 10 avril à midi. On se réunira à la maison mortuaire. La Faculté sera fermée le jour des funérailles. Nous publierons dans le prochain numéro une notice nécrologique.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. No 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 AVRIL 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Necker. — M. le professeur **U. TRÉLAT.**

De la tuberculose.

3e Leçon, recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Je vous ai exposé, dans mes deux dernières leçons (2), la marche des grandes idées émises relativement à la tuberculose de 1825 à 1883, et je vous ai indiqué les résultats considérables qui nous sont maintenant acquis, grâce aux progrès réalisés dans la connaissance de cette maladie. Je me résumais en vous disant : « Actuellement, la tuberculose doit être considérée comme une maladie microbique, infectieuse et contagieuse ; » mais je faisais suivre aussitôt cette assertion d'une remarque importante, et j'ajoutais : « De même que la culture du bacille tuberculeux est difficile dans les laboratoires, de même sa pénétration et sa pullulation dans l'organisme humain n'ont point lieu sans difficultés, et l'ensemencement accidentel par lequel la tuberculose se transmet à l'espèce humaine ne semble pas réussir avec la même constance que celui d'autres maladies microbiques. » Il est, en effet, indispensable, et en même temps rassurant, de constater que nous sommes exposés souvent à cette contagion, et que néanmoins nous n'en sommes qu'exceptionnellement victimes ; ce que je traduisais sous une forme plaisante, en disant que, fort heureusement, nous ne sommes pas tous bons bouillons de culture.

On a essayé d'opposer l'idée d'hérédité de la tuberculose à l'idée de contagion, et d'expliquer par une influence héréditaire l'apparition des accidents que nous rapportons à l'infection par des produits tuberculeux. Mais l'hérédité ne peut être invoquée pour rendre compte du développement de la tuberculose chez des individus indemnes de tout antécédent de famille, et il n'est pas possible d'admettre qu'on puisse ainsi faire table rase des tuberculoses acquises. D'autre part, les sujets issus de parents tuberculeux ne sont pas eux-mêmes tuberculeux dès leur naissance, et si plus tard à une période plus ou moins avancée de leur vie, ils le deviennent plus souvent que les individus nés de parents sains, la tuberculose ne les atteint pas tous. Ce n'est donc pas la maladie elle-même qui se transmet par l'hérédité, mais bien plutôt la prédisposition à la contagion, c'est-à-dire une aptitude spéciale, une réceptivité particulière, qui favorisera ultérieurement une infection accidentelle.

J'ai abordé un autre point à la fin de ma dernière leçon, et j'ai commencé à étudier devant vous cette question : que doit faire le chirurgien en présence d'un malade chez lequel, après un examen délicat et minutieux, il constate l'existence d'un foyer tuberculeux? Ainsi posé, le problème est presque insoluble, parce que ses données sont trop vagues. Essayant néanmoins de vous fournir une solution, en termes généraux, et réserve faite des cas particuliers, je vous disais : « *La tuberculose est une maladie infectieuse, et tout foyer tuberculeux constitue un danger d'infection, non seulement pour l'économie entière de celui qui le porte, mais même pour ceux qui entourent le malade; il est donc indiqué de chercher par un procédé quelconque, médical ou chirurgical, à faire disparaître ce foyer. Chaque fois, par conséquent, que l'on aura fait ce diagnostic : foyer unique et foyer accessible, il faudra opérer la destruction totale de ce foyer* ». Mais je vous signalais aussitôt les hésitations bien naturelles qui viennent assaillir le chirurgien, lorsque le foyer tuberculeux siège dans un organe d'importance majeure, comme l'œil ou le testicule, et je vous montrais comment on est amené alors à enfreindre cette règle générale. Je vous rappelais d'abord que, dans bon nombre de cas, malgré la nature microbique et infectieuse de la tuberculose, on voit, grâce à la transformation caséeuse et à l'enveloppe fibreuse du foyer tuberculeux, on voit, dis-je, l'entière guérison se réaliser, avec ou sans évacuation de ce foyer; et ensuite, qu'il n'est pas prouvé que tout foyer devienne nécessairement et fatalement le point de départ d'une infection générale. Et j'en arrivais à cette conclusion, que lorsqu'il s'agit d'un *organe important à conserver*, que d'ailleurs le foyer tuberculeux que vous avez trouvé dans cet organe affecte une *marche lente*, on peut tenter, avec un réel espoir de succès, le *traitement médical.*

Maintenant, pour mieux fixer les idées, prenons quelques exemples particuliers.

Examinons d'abord la question en ce qui concerne *l'œil*. Le diagnostic de la tuberculose oculaire est chose délicate, et souvent il reste plus ou moins longtemps en suspens. Dans le doute, vous devrez évidemment vous abstenir d'une intervention chirurgicale, surtout si l'œil reste bon. Mais que ferez-vous, lorsque vous aurez pu poser résolument le diagnostic de tuberculose oculaire? Sur quelles considérations vous appuierez-vous pour agir ou pour vous abstenir? Ces considérations, dont va dépendre votre décision, sont au nombre de deux : état de la vision, d'une part, et, d'autre part, marche de la maladie. Si cet œil, que vous savez atteint de tuberculose, continue néanmoins à remplir ses fonctions, fût-ce même d'une manière un peu incomplète, vous hésiterez certainement, et avec raison, devant le sacrifice d'un organe important et encore utile; vous vous bornerez donc, dans ce cas, au traitement général, tout en surveillant attentivement l'état local. Mais si vous voyez le foyer s'étendre et la fonction disparaître, alors, — à la condition toujours d'être en possession d'un diagnostic précis, — ne craignez pas de pratiquer l'ablation de l'œil.

Voyons maintenant dans quelles limites la règle générale, que je vous formulais tout à l'heure, de la destruction des foyers tuberculeux uniques, est applicable au *testicule*. Un jeune homme de 15 ou 16 ans se présente à nous, se plaignant de quelques douleurs testiculaires ; il est faible, lymphatique; toutefois ses

(1) Leçon du 22 novembre 1883.

(2) Voir *Progrès médical*, nos 11 et 13, 1886.

poumons sont sains; nous l'examinons avec soin, et nous trouvons, dans l'un de ses testicules, un petit foyer tuberculeux; l'autre testicule est intact. Faut-il castrer de suite un malade de ce genre? M. Monod l'a fait, et je ne l'en blâme pas, car je l'ai fait également. Cependant, comme on a observé souvent, surtout dans ce siège, des guérisons même après suppuration et abcès, on peut attendre avant de se décider à cette action radicale. M. Reclus, dans une intéressante leçon qu'il a publiée récemment, mentionne un certain nombre de guérisons semblables, et moi-même, j'ai le souvenir bien précis de trois malades que j'ai vus guérir ainsi, et que j'ai pu suivre ultérieuremant : l'un d'eux avait été pris de tuberculose testiculaire à 30 ans; un autre, atteint dans sa jeunesse, s'est si bien rétabli, qu'il est devenu depuis un père de famille incontestable. Lors donc que vous trouverez réunies ces trois conditions : sujet jeune, intégrité générale, petit noyau tuberculeux unique, rappelez-vous la tendance fibrocaséeuse, et, après avoir fait un bon diagnostic, tenez-vous-en au traitement général. Mais si, au lieu d'un petit foyer torpide, venant à résipiscence et faisant amende honorable devant le traitement médical, vous avez affaire à un foyer important, rebelle, qui suppure et donne lieu à des fistules, n'hésitez pas, supprimez l'organe malade.

Il est une autre tuberculose locale, à laquelle le principe de la destruction du foyer doit être appliqué dans toute sa rigueur : c'est la *tuberculose linguale*. Lorsque vous vous trouverez en face de tubercules de la langue bien et dûment diagnostiqués, n'ayez pas la moindre hésitation, et détruisez-les, soit par la cautérisation au fer rouge, soit par l'extirpation, ce qui vaut encore mieux. Pourquoi ce conseil radical? Pour plusieurs raisons : 1° parce que 99 fois sur 100 les tubercules de la langue constituent une affection très douloureuse; 2° parce que cette affection est incurable par tous les autres moyens de traitement, auxquels elle résiste avec une désespérante ténacité; 3° parce qu'elle a une marche fatalement progressive et envahissante; 4° enfin, parce que, en raison même de son siège, elle est pleine d'inconvénients : en effet, non seulement elle épuise le malade par les douleurs qu'elle lui cause et par la gêne qu'elle apporte à l'alimentation, mais encore nous pouvons craindre à présent, en nous appuyant sur les récentes acquisitions de la science relativement à la nature de la tuberculose, que le foyer lingual ne devienne le point de départ d'une infection générale par les voies respiratoires et par les voies digestives. C'est ainsi sans doute que peut s'expliquer la mort du premier malade chez lequel j'ai observé la tuberculose de la langue. Cela se passait en 1868, j'étais alors chirurgien à l'hôpital Saint Louis, et cette observation fut l'une des premières qui attirèrent l'attention sur les tubercules de la langue. Le malade, qui était un homme des plus vigoureux, fut emporté en 8 jours par une poussée tuberculeuse du coté des poumons après avoir souffert six mois de sa tuberculose linguale. Malheureusement pour lui, nous ne connaissions pas alors la question comme nous la connaissons aujourd'hui, et je n'avais pas osé l'opérer. Le second malade de ce genre que j'ai vu, et que je n'ai pas voulu opérer non plus, est mort plus promptement encore; il est vrai qu'il était loin d'avoir la force et la résistance du précédent, et que chez lui la douleur et l'affaiblissement avaient été des plus considérables. Pour l'un de ces deux malades, me trouvant à bout de ressources, j'avais fait de la cautérisation, empiriquement et en désespoir de cause, et j'en avais obtenu un bon résultat. Mais c'est d'emblée qu'il eût fallu recourir à ce moyen de traitement, et l'appliquer avec énergie, comme agent de destruction et non comme agent de modification. Je vous donne donc, Messieurs, le conseil formel de *détruire radicalement les foyers tuberculeux de la langue, et de les détruire de bonne heure, dès que vous les aurez reconnus.*

Je vous conseille la même manière d'agir relativement aux *tubercules de l'anus*, que je mentionne en passant et sans vouloir m'y arrêter davantage.

Tout ce que je viens de vous dire jusqu'à présent s'applique aux tuberculeux jeunes, aux foyers tuberculeux récents encore. Mais il est une autre catégorie de malades qui nous donnent à résoudre des problèmes bien plus complexes et bien plus difficiles. Ce sont ces pauvres vieux routiers qui traînent leurs tubercules depuis plus ou moins longtemps, et qui restent toujours sous le coup d'une nouvelle manifestation de leur affection; ces malades-là fourmillent dans nos hôpitaux, et ils nous tourmentent d'autant plus pour être soulagés, qu'ils sont plus gravement atteints. Des affections diverses, souvent douloureuses et gravement douloureuses, des fistules, des suppurations indéfinies, qui paraissent, qui disparaissent, de l'affaiblissement, de l'hecticité, tels sont les motifs qui les amènent à l'hôpital. Faut-il opérer ces tuberculeux à foyers multiples? Poser ainsi la question, Messieurs, ce serait la rendre impossible à résoudre en gros : il y a trop de dissemblances entre les divers cas, et une solution de ce genre serait tout au plus possible après une statistique très nombreuse dont les éléments auraient été colligés pendant de longues années.

Cette question de l'*intervention chirurgicale chez les tuberculeux* a été soulevée l'an dernier à la Société de Chirurgie. La discussion à laquelle elle a donné lieu ne pouvait aboutir et n'a en effet abouti à aucune conclusion générale. Elle n'en a pas moins été des plus intéressantes par le menu; mais elle n'a fait que confirmer mon opinion sur le point en litige, opinion que je traduisais ainsi : « *En matière d'opérations chez les tuberculeux, il ne faut dire ni jamais, ni toujours, ni quelquefois; il faut envisager chaque cas isolément, et régler sa conduite d'après l'ensemble des conditions particulières qu'il présente.* »

Le débat dont il s'agit a eu pour origine une communication de M. Verneuil relative aux désastres opératoires chez les gens déjà malades. Dans cette communication, M. Verneuil citait un grand nombre d'accidents post-opératoires survenus chez des tuberculeux, et, pour un peu, on aurait pu en conclure qu'il ne fallait plus du tout opérer les tuberculeux. M. Verneuil, néanmoins, ne voulait pas dire cela; il voulait seulement prouver qu'il fallait être prudent vis-à-vis de cette catégorie de malades, et se garder avec soin de leur faire subir des opérations inutiles. Mais, à ce compte, nous sommes presque d'accord, et nous en revenons à ne pas savoir beaucoup mieux qu'avant de discuter, quelles sont les opérations utiles et quelles sont les opérations inutiles chez les tuberculeux.

Est-ce à dire pourtant qu'il soit impossible de formuler quelques conseils sur les délicates décisions à prendre en pareil cas, et qu'il n'y ait plus, en quelque sorte, qu'à tout abandonner à l'inspiration du moment? Non certes, Messieurs, et je ne veux pas que vous sortiez d'ici sans en emporter du moins, à défaut de

lois générales, un certain nombre de principes qui puissent vous guider dans ces difficiles questions de pratique. Revenons donc au problème clinique que je vous indiquais tout à l'heure : « Quelle est la conduite à tenir en face d'un *tuberculeux à manifestations multiples et anciennes*, lorsque ce malade présente une lésion qui serait incontestablement du domaine chirurgical si elle était isolée ? »

Supposons, par exemple, une tumeur blanche du coude, avec fongosités, mobilité anormale, douleurs vives, foyers ramollis, impotence du membre, etc. Vous procédez à un examen complet de votre malade, et vous ne trouvez rien, ou bien peu de chose, du côté de la poitrine. Cependant il y a de l'amaigrissement. Mais cela ne peut-il pas être mis sur le compte de la souffrance et de la lésion locale ? Vous êtes en droit de le penser, puisque, après avoir attentivement auscullé votre malade, après avoir au besoin appelé à la rescousse une fine oreille médicale, vous êtes arrivés à cette conclusion, que les poumons sont sains ou tout au plus légèrement atteints. Vous poursuivez vos explorations, et à part quelques cicatrices çà et là, se rapportant à des lésions anciennes, vous ne constatez d'ailleurs l'existence d'aucun autre désordre. Eh bien ! ce tuberculeux-là, faut-il l'opérer ? Et pourquoi pas ? Allez-vous tranquillement laisser cette tumeur blanche le faire souffrir, l'épuiser, le faire languir ? S'il meurt plus tard de sa tuberculose, sera-ce de votre faute nécessairement ? Vous ne pouvez pas dire que tout individu opéré dans ces conditions aura fatalement une méningite ou quelqu'autre complication tuberculeuse ; il a des tubercules, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette maladie, qui procède, je vous le rappelle, par poussées, présente après votre opération une de ces poussées, qui eût pu fort bien survenir sans cela, et qu'il n'est pas fatal de voir survenir après cela.

Il y a quelques années, à la Charité, un homme se présenta à moi dans les conditions suivantes : il avait d'un côté un ancien testicule tuberculeux, réduit en moignon à fistules, et il venait à l'hôpital réclamer du soulagement, parce que, depuis quelque temps, son second testicule, pris à son tour, était devenu le siège d'un fongus qui donnait lieu à de vives douleurs ; la première atteinte de la tuberculose testiculaire remontait chez ce malade à l'âge de 20 ans. Je lui ai fait la castration, et je suis persuadé de lui avoir rendu service en agissant ainsi, car il n'avait plus l'actualité pulmonaire, et il avait la réparation en train.

Des considérations d'un autre ordre pourront encore vous déterminer à opérer, [illegible] que pourtant vous aurez la certitude que votre opération sera impuissante à guérir le malade. Il est des cas dans lesquels une intervention opératoire est le seul moyen de prolonger la vie du tuberculeux et de rendre ses derniers jours moins pénibles. Je vous rappellerai à cet égard un malheureux garçon que quelques-uns d'entre vous ont pu voir l'an dernier, couché dans l'un des premiers lits de notre salle Saint-Pierre. Je lui avais amputé la cuisse gauche pour une arthrite tuberculeuse du genou, et il était guéri de son opération, lorsque le genou droit fut envahi à son tour. Cette nouvelle arthrite, qui ne tarda pas à être suivie d'abcès de voisinage, le fit cruellement souffrir jusqu'à sa mort. Je lui avais déjà enlevé un doigt atteint d'arthrite tuberculeuse ; je lui avais amputé une cuisse ; il avait du coté du coude droit un autre foyer tuberculeux... J'hésitai, dans ces conditions, à faire une seconde amputation de cuisse, et j'eus tort, Messieurs, et je m'en repens, car je suis persuadé qu'en supprimant ce membre, j'aurais peut-être assuré à ce pauvre homme une survie plus longue et plus supportable. Les deux premières opérations que je lui avais fait subir avaient eu les suites les plus simples, le malade leur avait dû un soulagement considérable, et il en eût probablement été de même pour l'intervention nouvelle devant laquelle j'ai reculé. Assurément, je ne l'aurais pas guéri, je ne l'aurais pas empêché de mourir ; mais, en l'amputant, j'aurais sans doute prolongé son existence, et à coup sûr j'aurais rendu ses derniers jours moins pénibles, tandis qu'il est mort misérablement, avec son membre inutile, torturé par la douleur, et épuisé par la suppuration. *Je considère donc l'espoir de prolonger la vie et de diminuer la souffrance comme une raison suffisante d'opérer.*

Mais si votre malade présente des accidents pulmonaires graves, des phénomènes cérébraux, etc, si, en un mot, c'est un phthisique bien plutôt qu'un malade à tuberculose locale, n'opérez pas, car il est évident que vous feriez une opération inutile ; une seule considération cependant pourrait vous décider à vous départir de cette réserve, ce serait que l'opération fût le seul moyen de faire cesser de vives souffrances. En d'autres termes, *si la tuberculose viscérale domine, abstenez-vous d'opérer*, parce que votre opération ne guérira pas, parce que la réparation ne se fera pas, et qu'il ne tardera pas à survenir dans la plaie des phénomènes de dégénérescence, tuberculeuse ou non.

Tels sont, Messieurs, les principes généraux qui pourront diriger nos décisions dans cette délicate question de l'intervention chez les tuberculeux ; mais il ne faut pas vous dissimuler l'embarras dans lequel vous vous trouverez souvent lorsqu'il s'agira de les appliquer à tel ou tel cas particulier. Les déterminations opératoires chez les diathésiques sont chose délicate et difficile, il y a là une solution qui n'est pas susceptible d'être formulée, et il faudra toujours, pour parvenir à la rencontrer, une intervention personnelle, où rien ne pourra remplacer le bon sens, l'acquis et l'expérience clinique.

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT**.

De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques ;

Par le Dr **J. BABINSKI**, chef de clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière.

Parmi les divers caractères de l'hystérie, de cette névrose si fertile en manifestations de toute sorte, il en est un, de nature négative, qui semble avoir été considéré jusqu'à présent comme absolu. Il consiste en l'absence de troubles trophiques. Ce caractère négatif a été élevé à la hauteur d'une loi et un médecin paraît être fondé à rejeter du cadre de l'hystérie tout syndrome auquel se rattache quelque trouble trophique.

Des faits récemment observés dans le service de mon maître, M. le professeur Charcot, l'ont amené à établir que ce caractère n'est pas constant, et que par conséquent il ne constitue pas une loi mais tout au plus une règle.

Quatre malades du service de M. Charcot, atteints de paralysie hystérique, présentent en effet dans les membres paralysés une amyotrophie qui ne peut être attri-

buée à une autre cause que l'hystérie. Tous ces malades ont été présentés par M. Charcot à ses leçons eliniques. Un travail ultérieur comprendra l'exposé complet de ces diverses observations ; mais nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt, vu la nouveauté de ces faits, d'en présenter dès maintenant une courte analyse, et d'esquisser à grands traits la physionomie de ces atrophies. Nous devons, du reste, bien faire remarquer que nous ne considérons pas les caractères que nous allons indiquer comme absolus ; le nombre des cas observés jusqu'à ce jour sont, en effet, trop peu nombreux pour permettre une pareille généralisation.

Les observations sont, comme nous venons de le dire, au nombre de quatre. Dans deux de ces cas, il s'agit d'une monoplégie brachiale ; dans les deux autres, d'une hémiplégie avec intégrité de la face ; dans l'une de ces deux dernières observations, il y a prédominance de la paralysie et de l'atrophie dans le membre supérieur, dans l'autre, prédominance dans le membre inférieur.

L'atrophie musculaire hystérique se présente sous l'aspect suivant : 1° elle est plus ou moins considérable, mais il faut savoir qu'elle peut atteindre d'assez fortes proportions ; chez deux malades il y avait comme différence entre le plus grand périmètre du bras malade et celui du bras sain, 3 centimètres, et chez un autre malade, il y avait entre les deux cuisses une différence de 5 centimètres. 2° Il n'y a pas de secousses fibrillaires ; 3° l'excitabilité idio-musculaire paraît normale ; 4° la contractilité électrique est diminuée en proportion du degré de l'atrophie musculaire, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. 5° Cette atrophie peut se développer avec une grande rapidité. Chez un malade, elle était déjà appréciable tout au plus 15 jours après le début de la paralysie, et un mois et demi après, elle était très accentuée : on notait 3 centimètres de différence entre les deux bras ; chez les autres malades, le développement de l'amyotrophie a été aussi très rapide. 6° La rétrocession de l'atrophie semble pouvoir être rapide, comme son développement. Dans une observation de monoplégie brachiale, 10 jours après la disparition de la paralysie, qui avait été brusque, la circonférence du bras avait déjà augmenté de 1 centimètre.

Quelle est la nature de cette atrophie musculaire ? Nous avons déjà dit plus haut qu'à l'examen électrique, il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. Il s'agit donc d'une *atrophie simple*, c'est-à-dire d'une atrophie indépendante de toute lésion matérielle de la substance grise de la moelle et des nerfs périphériques. C'est là une première donnée très importante, mais il faut aller plus loin et chercher à expliquer le mécanisme de cette lésion.

Il semblerait, au premier abord, assez naturel de l'attribuer à l'impotence fonctionnelle ; mais pour peu qu'on y réfléchisse, on voit qu'une pareille interprétation serait erronée. On sait, en effet, que l'amaigrissement des masses musculaires qui résulte de la suppression simple de la fonction des muscles est lente à se produire, qu'elle n'est jamais très accentuée et qu'elle peut manquer complètement, même quand une paralysie dure depuis longtemps déjà : c'est ainsi que chez un malade, le nommé Porcen, atteint de monoplégie hystéro-traumatique (il s'agit d'un des deux malades sur lesquels M. Charcot s'est fondé pour établir cette variété de paralysie, et dont les observations ont été publiées dans le *Progrès médical* de 1885), les muscles du membre supérieur, quoique leurs fonctions aient été suspendues pendant une année entière, n'avaient pas subi la moindre atrophie. Or, chez les malades dont il est ici question, l'atrophie s'est développée très rapidement et a pris en peu de temps des proportions très accentuées. Ces caractères indiquent d'une façon bien évidente que cette diminution dans le volume des muscles appartient à la catégorie des phénomènes dits trophiques.

Une pareille assertion peut pourtant paraître étrange ; car, est-il possible de comparer l'atrophie dont nous nous occupons ici avec l'amyotrophie qui résulte d'une lésion organique des cornes antérieures de la moelle ou des nerfs moteurs et qui constitue le type de la lésion trophique ?—Il est sans doute indispensable d'établir entre ces deux variétés d'atrophie une distinction fondamentale. Mais il faut aussi bien remarquer que l'expression de « trouble trophique » n'implique pas fatalement l'idée d'une altération matérielle du système nerveux, appréciable à nos moyens d'investigation ; elle signifie simplement que l'action incontestable exercée par ce système sur la nutrition des tissus est modifiée ou supprimée ; or, cette modification ou cette suppression peut être purement dynamique, et c'est évidemment à un phénomène de cet ordre que nous avons affaire ici.

M. Charcot a, du reste, fait ressortir que l'on connaît déjà des atrophies comparables à ces atrophies hystériques. Les amyotrophies qui sont consécutives aux affections articulaires sont aujourd'hui considérées par la généralité des médecins, conformément à l'opinion que MM. Charcot et Vulpian soutiennent depuis longtemps, comme reconnaissant une origine réflexe et résultant d'une modification dans l'état des cellules des cornes antérieures de la moelle ; il est vrai que ce n'est encore là qu'une hypothèse, car on ne saurait guère fournir une démonstration absolument rigoureuse de cette manière de voir ; mais elle s'appuie sur de très grandes probabilités. Or, il s'agit là d'une altération purement dynamique du système nerveux ; les centres gris de la moelle et les nerfs périphériques sont normaux ; l'atrophie musculaire est comme dans l'hystérie une atrophie simple.

M. Charcot a encore rapproché l'atrophie hystérique d'une variété d'atrophie que j'ai récemment signalée et qui s'appuie sur un fait observé à la Salpêtrière (1). Il s'agit d'une amyotrophie développée du côté paralysé dans une hémiplégie de cause cérébrale suivie de dégénération descendante, et qui était indépendante de toute lésion des cornes antérieures de la moelle et des nerfs moteurs. Dans ce cas il ne peut même plus y avoir de contestation au sujet de l'origine de l'atrophie musculaire, comme dans l'amyotrophie articulaire ; il est certain qu'elle dépend du système nerveux central ; or, puisque les cornes antérieures de la moelle constituent le centre trophique des muscles et qu'elles ne sont pas altérées organiquement, il faut bien admettre qu'elles le sont dynamiquement. La seule différence entre cette variété d'atrophie et l'atrophie hystérique est que dans le premier cas, la modification dynamique des cornes antérieures est consécutive à une altération organique du cerveau et du faisceau pyramidal, tandis que, dans le second cas, les modifications du système nerveux sont toutes dynamiques.

Quelles que soient, du reste, les hypothèses que l'on

(1) Babinski. — *Société de biologie*, séance du 20 février 1886.

puisse soulever au sujet de ces observations, un fait important et incontestable s'en dégage, c'est que l'atrophie musculaire peut relever directement, contrairement à l'opinion régnante, de l'hystérie, et qu'il s'agit alors d'une amyotrophie simple.

ANATOMIE

Contribution à l'anatomie du genou ;

Par le Dr **Paul POIRIER**, prosecteur à la Faculté.

Tubercules sus-condyliens et fosses sus-condyliennes du fémur.— Insertions supérieures des jumeaux.—Ligament postérieur de l'articulation du genou.

Lorsqu'on regarde par sa partie postérieure l'extrémité inférieure d'un fémur, on voit : un triangle osseux isocèle dont la bifurcation de la ligne âpre forme le sommet et les côtés et dont la base est limitée par les condyles que sépare l'échancrure inter-condylienne. Dans l'aire de ce triangle — *plan poplité*, — on peut remarquer, au-dessus de chaque condyle, des rugosités osseuses, — *tubercules sus-condyliens*. Elles sont assez accentuées au-dessus du condyle interne, — *tubercule sus-condylien interne*, — tandis que, beaucoup moins prononcées au dessus du condyle externe, elles méritent à peine le nom de *tubercule sus-condylien externe*.

Ces tubercules sus-condyliens n'ont pas obtenu toute



Fig. 34.

l'attention dont ils sont dignes. J'ai dû m'en apercevoir au cours de recherches sur les bourses séreuses de la région.

Ayant eu alors l'occasion de disséquer environ deux cents fois et avec la plus grande attention le creux poplité, il m'est arrivé encore de relever certaines particularités anatomiques relatives à l'insertion des muscles jumeaux, à la manière, très intéressante pour l'anatomiste comme pour le clinicien, dont la synoviale du genou se comporte à ce niveau, et la disposition véritable du ligament postérieur de l'articulation du genou.

Après la dissection est venue la consultation bibliographique, suivant l'ordre ordinairement adopté, quand l'inverse serait si logique : et j'ai trouvé qu'une partie des faits que je croyais nouveaux avait été signalée dans une monographie de Gruber, publiée à Prague en 1853 : c'est l'accident ou plutôt l'événement ordinaire de toute recherche bibliographique.

Une connaissance très précise de l'ostéologie de la région étant indispensable à l'intelligence des faits que je me propose d'exposer, je l'étudierai d'abord.

1. TUBERCULES SUS-CONDYLIENS ; FOSSES SUS-CONDYLIENNES.

A un centimètre environ au-dessus du condyle interne (*fig.* 34), on rencontre le tubercule sus-condylien interne (T. I.). Ce tubercule plus ou moins développé suivant les sujets, mais d'existence constante, présente ordinairement l'aspect d'une saillie rugueuse, de forme triangulaire, à base inférieure, parallèle au bord postérieur cartilagineux du condyle. Sa surface est rugueuse, striée verticalement de fossettes creusées par quelque insertion, car elles n'offrent point de pertuis vasculaires ; on y voit aussi vers le tiers interne plusieurs de ces gros trous veineux si nombreux à la base du plan poplité. C'est en somme une éminence triangulaire très déprimée et rugueuse dont les bords ont de dix à douze millimètres de longueur et même plus pour l'interne qui descend souvent vers l'échancrure inter-condylienne. La saillie du tubercule sus-condylien au-dessus du plan poplité est très variable ; toujours aisément appréciable, elle varie le plus souvent entre deux et cinq millimètres. Mais elle peut s'élever bien au delà, au point de devenir appréciable même sur le vivant, au dire de Hyrtl et de Gruber (Hyrtl, *Wiener Sitzungsber.* XXXI, p. 231 ;— Gruber, *Oesterr. Zeitschr. für prakt. Heilk.* 1853, nr 1).

Immédiatement au-dessous du tubercule sus-condylien, entre ce tubercule et le bord postérieur cartilagineux du condyle interne, on trouve la *fosse sus-condylienne interne* (F. I.). C'est plutôt une simple dépression qu'une fosse ; irrégulièrement quadrangulaire, à contours arrondis, plus allongée dans le sens transversal que dans le vertical, la fosse sus-condylienne est limitée en haut par la base du tubercule sus-condylien, en bas par une ligne rugueuse qui part de la tubérosité du condyle interne et va rejoindre le bord cartilagineux du condyle au point où ce bord obliquement ascendant devient transversal ; en dehors (1), elle finit nettement à la lèvre interne de la ligne âpre, tandis qu'en dedans elle se prolonge plus ou moins vers l'échancrure inter-condylienne. Bord postérieur du condyle, fosse sus-condylienne, base du tubercule sus-condylien, sont ainsi superposés verticalement et parallèlement.

A regarder de près, la fosse sus-condylienne n'est point exactement transversale, mais un peu oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Peu profonde, quoique facilement visible sur le plus grand nombre des fémurs, elle a de 7 à 9 millimètres de hauteur, à sa partie externe, la plus grosse et seulement de 4 à 5 vers son extrémité interne. Je l'ai vue séparée du bord postérieur du condyle par une crête osseuse linéaire et dans ce cas l'insertion supérieure du jumeau interne réalisait parfaitement l'insertion par une pyramide creuse que je lui décrirai plus loin. Toujours la fosse sus-condylienne contient un organe séreux, soit sous forme de bourse séreuse isolée, soit beaucoup plus fréquemment sous la forme d'un prolongement de la synoviale du genou.

Au-dessous et en dedans de la crête mousse qui va de la tubérosité du condyle interne au bord postérieur de ce condyle est une fossette triangulaire (F. J.), petite, mais nettement imprimée, à surface lisse, jaunâtre, peu excavée et dépourvue de tout orifice vasculaire, c'est *la fossette d'insertion du jumeau interne*, qui ne donne insertion en réalité qu'au tiers interne de ce muscle, comme je le dirai par la suite. On la décrit d'ordinaire avec la face sous-cutanée du condyle interne, mais elle regarde directement en arrière et appartient plutôt à la face postérieure du fémur.

La même description est applicable aux parties qui s'étagent au-dessus et autour du condyle externe ; là encore on retrouve : *le tubercule sus-condylien externe* (T. E.), la fosse de même nom (F. E.) et la fossette du jumeau externe à laquelle s'insère le principal, mais non l'unique tendon de ce muscle.

Seulement toutes ces parties ont subi une sorte d'effacement et sont fort réduites : le tubercule sus-condylien externe, encore visible et tangible sur la plupart des fémurs, est cependant beaucoup moins prononcé que l'interne ; la fosse sus-condylienne est aussi moins marquée ; seule la

(1) Le désir d'être clair m'a engagé à qualifier les diverses parties de la région suivant leurs rapports avec le grand axe du creux poplité.

facette du jumeau externe dessine son empreinte triangulaire aussi nettement que l'interne ; mais elle n'appartient plus à la face postérieure de l'os, étant rejetée à peu près complètement sur la face superficielle du condyle externe et regardant ainsi plus en dehors qu'en arrière.

(*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Professeur Bouchardat.

Le professeur BOUCHARDAT a succombé la semaine dernière à une affection abdominale dont il souffrait depuis quelques mois. Il laisse le souvenir d'un médecin très laborieux et d'un homme dont les travaux ont honoré grandement la Faculté de Paris. Le nombre de ses publications et de ses mémoires originaux est considérable. Il a étudié tour à tour la physique, la chimie, la médecine proprement dite, l'agriculture, l'hygiène, la thérapeutique, la matière médicale, etc., et depuis un demi-siècle, bien peu nombreux sont les médecins qui ont pu apprécier tous ses travaux et suivre le savant sur des routes si différentes.

M. Bouchardat est né à l'Isle-sur-le-Serein (Yonne) le 23 juillet 1806. Il fit ses études au collège d'Avallon, grâce à l'amitié d'un oncle pharmacien dans cette ville et vint à Paris à l'âge de 19 ans, n'ayant que peu d'argent, mais animé de goûts modestes et d'un grand amour du travail. Le prix des leçons qu'il donnait à ses condisciples, l'indemnité qu'il recevait à l'hôpital suffisaient à ses besoins et aux frais de ses études. Il prit part à un grand nombre de concours et fut nommé successivement interne en pharmacie (1827), docteur en médecine (1832), agrégé de la Faculté (1833), pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu (1834), membre de l'Académie de médecine (1850), membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine (1851). En 1838 il disputa à Dumas la chaire de pharmacie et de chimie organique à la Faculté. En 1852 mourut Royer-Collard, professeur d'hygiène à l'Ecole. L'héritage qu'il laissait à son successeur dans son enseignement était difficile à maintenir à la hauteur où il l'avait placé. L'esprit élevé de ce maître, ses qualités oratoires et même ses relations de famille avaient groupé autour de la chaire d'hygiène des élèves et des auditeurs nombreux. A la suite d'un concours (le dernier, croyons-nous, qui conduisit au professorat) M. Bouchardat fut désigné pour le remplacer. Sans avoir quelques-unes des qualités très brillantes de son prédécesseur, le nouvel élu devait rendre de signalés services par la méthode et l'esprit d'observation qu'il apportait à son enseignement.

Mettant à contribution ses connaissances en chimie et en physique, ses études antérieures sur les fermentations glycosique, alcoolique, etc., il les appliqua aux questions les plus élevées de l'hygiène. Le *rerum causa* devint l'objet principal de ses méditations ; ses leçons et son *Traité d'hygiène* sont basés sur l'étiologie. Il y a lieu de remarquer que si la misère physiologique était invoquée par lui comme le premier facteur dans l'étiologie des maladies, il accordait la seconde place au role des ferments. La microbiologie livre aujourd'hui sans doute une formule un peu différente, mais dit-elle autre chose quand elle parle de la graine et du terrain ?

M. Bouchardat a publié des travaux si nombreux et sur des sujets si variés depuis cinquante ans, que ce n'est pas chose aisée d'en présenter un rapide sommaire ; nous donnerons plus loin l'énumération de ses ouvrages ; il nous suffira de rappeler les traits principaux de son œuvre au sujet du diabète sucré. Aussi bien, c'est une des parties les plus importantes de sa vie scientifique. Depuis 1838, époque à laquelle a paru son premier mémoire, il est revenu à maintes reprises sur son sujet de prédilection et ces études se lient à la plupart de ses autres travaux. Reprenant la théorie ébauchée par Rollo et par Prout qui attribuaient le diabète à une modification des fonctions gastriques, M. Bouchardat en arriva peu à peu à l'interprétation suivante : par suite d'un trouble digestif stomacal, dû vraisemblablement à l'existence d'un ferment, la transformation des féculents en sucre est trop rapide ou trop abondante dans l'intestin, et la quantité exagérée absorbée par le sang conduit à la glycémie, à la glycosurie et enfin au diabète confirmé. Cette théorie exclusive devait être abandonnée par son auteur lui-même quand il fut démontré que le diabète peut persister en l'absence de toute alimentation féculente. La théorie première fut modifiée par l'admission au point de vue pathogénique de trois formes de diabète. La première caractérisée par ce fait que la glycosurie provient de l'évolution vicieuse des féculents, et le régime d'où ces substances sont exclues est le seul traitement favorable. Dans la seconde forme, la glycémie et la glycosurie proviendraient d'un excès de sucre fabriqué par le foie. La troisième forme résulte de la destruction incomplète du sucre dans le sang. Comme on le voit, cette modification de la théorie première est l'œuvre d'un parfait éclectique et devait satisfaire tout le monde.

L'opinion de Claude Bernard et celle qui a été si magistralement défendue par M. Bouchard étaient également favorisées. Quoi qu'il en soit, le régime alimentaire et hygiénique institué par M. Bouchardat a rendu d'immenses services et légitimerait à lui seul la reconnaissance des médecins.

Sur la fin de sa vie, sa santé ne lui permettait que très difficilement de conserver son enseignement à la Faculté ; mais, nul ne disconvient que quelques infirmités presque inséparables de son âge n'avaient émoussé ni sa finesse, ni son ironique bonhomie. La mesure dont il fut l'objet et qui aurait dû atteindre tous ses collègues ayant dépassé 70 ans, limitée à lui seul, qui faisait encore son cours régulièrement, alors qu'elle épargnait ceux qui ne font pas le leur, a eu par cela même, un caractère empreint d'injustice.

Les principaux ouvrages de M. le professeur Bouchardat sont les suivants :

Traité de chimie élémentaire, 1835. — *Cours des sciences physiques*, 2 [illegible] volumes. — *Manuel de matière médicale et de thérapeutique comparée.* — *Nouveau formulaire magistral* qui a eu 25 éditions. — *Formulaire vétérinaire*, 3e *édition, revue par J. Vignardou.* — *Répertoire de pharmacie depuis* 1845. — *Annuaire de thérapeutique et de matière médicale depuis* 1841. Chaque volume est terminé par un ou plusieurs mémoires originaux jusqu'en 1885. — *Rapport sur les progrès de l'hygiène*, 1867. — *Du diabète sucré*, 3e éd. — *Traité d'hygiène*, 3e éd. — *Recherches sur la végétation*, 1846.

— *Une série de mémoires* insérés dans les bulletins de l'Académie de médecine et dans l'annuaire de thérapeutique (1).

La rage du loup.

Les trois décès survenus coup sur coup parmi les malades traités par la nouvelle méthode de guérison de la rage avaient produit dans le public un commencement de pénible surprise. Aussi, c'est avec une vive satisfaction qu'ont été accueillis les renseignements donnés à ce sujet par M. Pasteur dans la dernière séance de l'Académie des Sciences. Les adversaires des théories microbiennes avaient trop tôt chanté victoire : les déclarations de lundi ont réveillé l'enthousiasme et renversé leurs objections.

M. Pasteur n'a eu qu'à citer le nombre des personnes traitées pour démontrer immédiatement combien est infime la mortalité qui succède aux inoculations pratiquées dans le laboratoire de l'Ecole normale. Sur les 726 malades, on ne relève en effet que quatre décès : l'un consécutif à des morsures de chien et survenu chez une petite fille à laquelle le traitement avait été appliqué beaucoup trop tard, les trois autres provoqués par des morsures de loups chez des Russes arrivés à Paris quinze jours après l'accident. Ce sont ces trois derniers cas qui ont été visés dans la communication à l'Institut (2).

Il faut essentiellement séparer les malades en deux groupes, suivant que les morsures rabiques proviennent de chiens ou proviennent de loups. Cette distinction permet de comprendre le prétendu insuccès de la methode de M. Pasteur et de faire justice des violentes critiques formulées sur son efficacité. La statistique nous apprend en effet que l'incubation de la rage humaine est souvent plus courte après la morsure des loups qu'après la morsure des chiens. C'est là le cas le plus général, bien que dans des exemples rapportés par M. Brouardel dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, la rage inoculée par des chiens ait pu se manifester chez l'homme avant le quinzième jour. D'autre part, si les morsures de loups enragés amènent des manifestations plus rapides, elles sont suivies de morts plus fréquentes ; sur 100 personnes atteintes par ces animaux, on compte en effet 82 décès. Aussi, en Russie, où ces accidents sont nombreux, les habitants les regardent-ils comme fatalement mortels : le nombre, la profondeur et le siège des morsures faites par le loup qui s'acharne sur sa victime, qui l'attaque souvent à la tête et au visage, suffisent pour expliquer ces différences dans la gravité des blessures.

Voici donc 19 malades qui partent de Smolensk dans les plus piteuses conditions, qui arrivent couverts de nombreuses et profondes morsures, qui commencent leur traitement quinze jours après avoir été atteints, qui sont considérés par leurs compatriotes comme infailliblement voués à une mort prochaine : 3 de ces malades succombent, les 16 autres reprennent aujourd'hui le chemin de la Russie. Le résultat aurait semblé merveilleux l'année dernière ; à présent, on s'étonne qu'il ne soit pas plus complet, on crie bien haut que la méthode est inefficace et qu'elle guérit seulement les gens dont les blessures sont négatives. Il n'y a que les succès éclatants qui autorisent de pareils écarts de logique.

M. Pasteur n'avait eu jusqu'ici à s'occuper que de la rage des chiens : il a eu la main forcée pour appliquer son traitement à des malades mordus par des loups et pour opérer ainsi en dehors des conditions qu'il avait fixées. Or, il arrive que même dans ces cas imprévus, la méthode est presque complètement efficace ; pour être tout à fait suivis de succès, il eût probablement fallu que les soins pussent être plus rapides et plus nombreux. C'est une indication pour l'avenir ; il y aurait eu mauvaise grâce à l'exiger avant que l'expérience se soit prononcée.

Ce n'est pas que le virus rabique du loup soit plus violent que le virus du chien ; l'un et l'autre paraissent avoir la même énergie et les différences semblent tenir au nombre et à la nature des morsures. Nous restons cependant toujours embarrassés pour comprendre le mode d'action de ces divers agents. Voilà des virus dont la qualité est toujours identique et dont les variations d'influence ne seraient dues qu'à des différences de quantités, des virus qui ne s'atténuent pas, qui ne se modifient pas physiologiquement suivant les milieux. Comment peut-on concilier ces faits avec ceux que nous ont révélés jusqu'ici les théories microbiennes ?

Paul Loye.

Hospice de la Salpêtrière. Ouverture du cours de M. Legrand du Saulle.

Le dimanche 11 avril 1886, M. Legrand du Saulle a commencé la série de ses conférences, qui, par la grande place que le professeur donne à la médecine légale en même temps que par sa compétence particulière en ces sortes de questions, complètent heureusement l'enseignement des maladies nerveuses et mentales à la Salpêtrière. M. Legrand du Saulle s'occupera cette année des questions médico-légales relatives aux aliénés, en matière civile (donations, testaments, interdiction, conseil judiciaire.) Dans sa première leçon, sorte de revue des principaux faits de l'année 1885, il nous montre l'influence qu'ont toujours sur la genèse ou la couleur des délires les événements importants du jour : mort de Gambetta, de Victor Hugo, découvertes de Pasteur sur la prophylaxie de la rage. A propos de ces derniers malades, sortes d'hypochondriaques héréditaires, rentrant presque dans la folie du doute, le professeur les divise en deux classes suivant le caractère et la marche du délire : les *antipastoriens* et les *pastoriens*, les premiers plus atteints, présentant des troubles définis de l'idéation, presque incurables, les seconds simplement anxieux et curables, les uns assimilables à des condamnés, les autres à des prévenus. Puis vient une étude sur les *simulateurs* et la *simulation* de la folie en général, de l'épilepsie en particulier : sur les aliénés *persécutés*, *persécuteurs*, dont le nombre semble augmenter de jour en jour. La conférence enfin se termine par l'exposé d'un cas de *folie communiquée* chez les membres d'une famille dont le procès vient à peine de se terminer.

Association des médecins de la Seine. — [illegible] M. K[illegible] qui consiste en une [illegible] de 1,200 francs, 3 0/0, sur l'État, [illegible] de payer une pension [illegible] de pareille somme, à la dame Colin, née C[illegible]mont.

(1) Nos lecteurs trouveront plus loin (p. 340) la liste de la plupart des autres travaux de M. Bouchardat.

(2) Voir pour les détails la note de la page 339.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 avril 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. d'Arsonval donne la description d'un *enregistreur automatique des quantités de chaleur dégagées par les êtres vivants.* Il se compose de deux cloches métalliques légères plongeant dans un réservoir plein d'eau et constituant de petits gazomètres très mobiles. Ces cloches sont suspendues à chaque extrémité d'un fléau de balance équilibrée : leur intérieur communique avec un calorimètre à air. Si les deux calorimètres sont échauffés également les deux cloches se font équilibre ; si, au contraire, une source de chaleur échauffe un seul des calorimètres, l'air se dilate et soulève la cloche correspondante. Cet appareil permet de poursuivre une expérience pendant des semaines entières sans avoir à effectuer aucune correction. Un autre instrument, décrit par M. d'Arsonval, permet de déterminer plus rapidement la thermogenèse d'un animal : c'est un thermomètre différentiel électrique composé de deux soudures, l'une creuse qui enveloppe l'animal, l'autre plongeant dans l'air ambiant. Le galvanomètre indique l'excès de température.

M. Gréhant discute l'opinion de Kreis sur *l'élimination de l'oxyde de carbone après un empoisonnement partiel.* D'après l'auteur allemand, l'oxyde de carbone ne serait éliminé en nature qu'en petite quantité et la majeure partie de ce gaz serait transformée en acide carbonique. M. Gréhant montre le défaut de la méthode de M. Kreis : il établit par de nouvelles expériences chimiques et physiologiques que l'oxyde de carbone ne brûle pas dans l'organisme et qu'il est entièrement éliminé en nature.

MM. Mairet et Combemalle étudient *l'action thérapeutique de l'uréthane*, qu'ils ont employé comme hypnotique en aliénation mentale. Dans le cas où le cerveau est altéré organiquement (démence par athéromasie, démence paralytique), l'uréthane n'a aucune action somnifère ; dans les cas d'aliénation mentale fonctionnelle, l'uréthane peut avoir une action hypnotique à condition que l'insomnie ne soit pas liée à une agitation trop intense.

M. Emile Blanchard donne un aperçu de la faune du Tonkin d'après les collections envoyées par M. Langue, médecin militaire.

M. Brown-Séquard pose sa candidature à la place devenue vacante dans la section de médecine et chirurgie par l'élection de M. Vulpian au secrétariat perpétuel.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 avril 1886. — Présidence de M. Gréhant.

A propos du procès-verbal, M. Bloch estime que le courant nerveux qui met le muscle en mouvement est plus rapide que ne l'a dit M. d'Arsonval dans la précédente séance et M. F. Franck ajoute que le courant positif est plus rapide que le courant moteur.

M. Déjerine pensait depuis longtemps qu'il existait des sujets chez lesquels l'absence complète de réflexes rotuliens n'était liée à aucun phénomène pathologique. Dernièrement il a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un tuberculeux chez lequel ce reflexe faisait totalement défaut et l'examen des centres nerveux et des nerfs ne lui a rien révélé d'anormal.

M. Frey (de Leipsick) décrit à la Société un nouvel appareil destiné à mesurer la vitesse du sang artériel et veineux.

M. Ch. Féré rapporte un fait *d'amaurose hystéro-traumatique* provoquée par la compression des nerfs sus-orbitaires. Il pense que ce fait est de nature à éclaircir la pathogénie des amauroses consécutives aux irritations du trijumeau soit au niveau du sourcil, soit ailleurs. D'après des expériences qui seront exposées ultérieurement, M. Féré pense qu'il ne s'agit pas là de paralysies par suggestion, mais de paralysies par épuisement et qui sont la conséquence de l'intensité de l'irritation.

M. Brown-Séquard partage l'avis de M. Féré qui a voulu dans la circonstance parler de l'épuisement de l'acte de la volonté et non de la perte de la force médullaire, car il faut des excitations beaucoup plus puissantes que celles énoncées par le présentateur pour inhiber cette dernière. Parlant des paralysies hystéro-traumatiques, il insiste sur ce fait que l'auto-suggestion joue un très grand rôle dans leur apparition et leur permanence et cite à ce propos un exemple confirmatif. Cette auto-suggestion productive de l'inhibition se fait également sentir dans les lésions expérimentales : si on coupe les six premières paires dorsales d'un chien et d'un seul côté, on observe les phénomènes propres à l'hémisection de la moelle, le membre postérieur correspondant se paralysant également. Enfin, l'excitation de toutes les branches du trijumeau peut non seulement produire par inhibition l'amaurose, mais encore la perte de l'ouïe et de l'olfaction.

M. R. Blanchard présente deux notes de M. Debierre sur 1° *les anomalies des muscles et des nerfs*; 2° sur *un monstre cyclocéphalien du genre rhinencéphale.*

M. Sanson fait hommage à la Société d'une brochure sur *la mesure du travail effectué dans la locomotion du quadrupède.*

M. Waller (de Londres) a étudié la systole ventriculaire et a montré que dans celle-ci il se formait une onde musculaire et une onde électrique superposées.

M. Laffont complétant une précédente communication, dit que la mort apparente qui se produit dans les injections veineuses de chloral ne devait pas être attribuée comme Arloing l'a pensé à la transformation dans le sang, de ce corps en chloroforme mais à son action directe. Enfin il a vu qu'en excitant le pneumogastrique droit, on produisait un arrêt du cœur avec conservation de pression, ce qui n'avait pas été observé jusqu'alors. Il se propose d'ailleurs de revenir sur ce sujet.

M. Brown-Séquard dit que le chloral agit différemment suivant la façon dont il est employé, qu'il soit appliqué sur la peau dénudée ou qu'il soit injecté dans les veines. Dans les deux cas l'asphyxie chloralique se produit, mais, dans le premier, le sang est rouge alors qu'il est noir dans le second.

M. Laborde ne pense pas qu'on puisse par excitation, dans l'asphyxie chloralique, ramener l'animal à la vie lorsque le cœur a complètement cessé de battre. De plus M. Laffont a excité le pneumo-total, et il serait bon que cet auteur, pour la confirmation de son expérience, sectionnât ce nerf et en excitât comparativement le bout central et le bout périphérique.

M. Gley émet la même opinion que M. Laborde et fait de plus remarquer que jusqu'ici on admettait que l'excitation du pneumo-gastrique arrêtait le cœur en diastole et non en systole ainsi que l'a observé M. Laffont ; n'existerait-il pas là une action à distance par retentissement sur le bulbe ?

Il s'engage à ce sujet une discussion entre MM. Laffont, Laborde et Gley que les auteurs complèteront ultérieurement.

MM. Gréhant, Quinquaud et A. Robin sont nommés, par voie de tirage au sort, membres de la commission pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 avril. — Présidence de M. U. Trélat.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Bouchardat. Il rappelle en termes éloquents la vie si bien employée de ce savant et rappelle les nombreux travaux auxquels il a attaché son nom ; il lève la séance en signe de deuil.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

A propos du procès-verbal, M. Joffroy fait remarquer qu'à son avis, si la contagion directe de la fièvre typhoïde existe, elle est fort rare.

M. LANDOUZY présente un mémoire de M. Queyrat sur la *tuberculose infantile.* On considère en général que la tuberculose est fort rare au-dessous de deux ans ; or sur 35 autopsies d'enfants de 3 mois à 2 ans au plus, provenant de la crèche de l'hôpital Tenon, on put constater 11 faits de tuberculose. Ce désaccord apparent avec les idées courantes tient à ce que certaines broncho-pneumonies d'aspect absolument simple sont bacillaires, ce que le microscope seul permet de reconnaitre. Chez les très jeunes enfants, on peut rencontrer de l'infection tuberculeuse générale : gros foie, grosse rate et fort peu de lésions pulmonaires. Chez les petits enfants, la tuberculose n'est pas toujours le fait de la contagion, elle est bien souvent héréditaire, transmise directement : les enfants ne naissent pas tuberculisables mais déjà tuberculisés.

M. ROBIN montre des pièces provenant d'une femme qui n'avait accusé aucun phénomène pathologique pendant sa vie; elle mourut de pneumonie. Or à l'autopsie on a trouvé deux *anévrysmes de l'aorte abdominale* guéris, la vésicule biliaire disparue, le canal cholédoque très dilaté et bourré de calculs, les voies biliaires hépatiques distendues et enfin une cirrhose d'origine biliaire très marquée ; tout cela était passé inaperçu.

M. LEGROUX montre un énorme *calcul biliaire* (22 millim. sur 23 millim. de diamètre) rendu dans les garde-robes par une malade de 73 ans à la suite d'une violente colique hépatique.

M. TROISIER présente un homme, ataxique depuis un an, qui a aux deux pieds la lésion dite *pied tabétique.* Le droit est plus atteint que le gauche. Les empreintes des deux pieds sont un peu différentes l'une de l'autre. La voûte plantaire n'est pas abaissée, elle est plutôt exagérée

M. FÉRÉOL présente aussi un ataxique ayant la même lésion, mais exclusivement au pied droit; elle a débuté il y a cinq mois seulement. Il y a élargissement de la première rangée des os du tarse et abaissement de la voûte plantaire. Il fait remarquer, à propos des empreintes, que les signes fournis par ce procédé, sont plus accusés si on a soin de faire faire au malade plusieurs pas sur une bande de papier, plutôt que de prendre une seule empreinte.

M. DUGUET présente la thèse de M. Legendre intitulée : *Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde. Valeur séméiologique des nodosités de Bouchard.* Il donne une analyse de cet important et intéressant travail.

M. ROBIN répond à M. Debove à propos de la question de *l'action de l'eau sur la nutrition.* Il pense qu'il leur sera bien difficile de s'entendre puisque leur mode d'expérimentation a été absolument différent. M. Debove soumet ses sujets à un régime qui a pour effet de leur faire d'abord perdre toutes les réserves disponibles que leur organisme peut contenir, il n'est donc pas étonnant que l'augmentation de l'eau ne produise aucun effet. Lui au contraire a expérimenté sur des obèses pouvant par conséquent perdre une énorme quantité de graisse. M. ROBIN pense que les faits qu'il a signalés, comme aussi ceux de Genth qu'il défend d'ailleurs contre les critiques faites par M. Debove, que les expériences de Voit et Forster ne permettent pas de nier que l'eau ait une action sur la désassimilation.

M. DEBOVE affirme que les sujets de ses expériences étaient forts, très normaux et non réduits à leur plus simple expression, les critiques de M. Robin ne peuvent donc s'appliquer à eux.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande quelle est la quotité d'eau qu'il faut consommer, puisque boire beaucoup ne sert à rien et que boire peu rend la digestion difficile.

M. ROBIN dit que la petite fille dont il a rapporté l'histoire, était arrivée à ne plus prendre en 24 heures que 671 gr. d'eau y compris celle des aliments, elle maigrit considérablement, mais il est vrai qu'elle ne pouvait plus manger. Il cite à propos du rationnement extrême de l'eau le cas d'une dame soignée par Schweininger et qui ne buvait pour ainsi dire plus. Elle fut prise de vertiges terribles qui ne disparaissaient que lorsqu'elle était couchée. Il lui prescrivit de se remettre à boire comme à l'ordinaire et tout disparut en quelques jours.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

A notre compte rendu de la séance précédente, il faut ajouter la communication suivante :

M. PONCET présente des préparations et des planches du microbe des granulations oculaires. L'œil enucléé par M. le Dr Dehenne offrait une cornée entièrement recouverte d'une couche de 2 millimètres de granulations. M. Poncet a démontré le microbe par la méthode de Gram et celle de Haab. C'est un microcoque très fin, très abondant et remplissant tout l'élement. Il existe dans l'épithélium, dans les leucocytes, dans les cellules fixes de la cornée. Sur cette pièce, il a été retrouvé dans l'épithélium de la membrane de Descemet, et dans l'iris. Il diffère beaucoup en grosseur et en quantité du microbe de l'uréthrite aiguë, et les planches faites à la chambre claire au même grossissement, rendent ce fait incontestable. M. Poncet s'éloigne donc de l'hypothèse de Sattler qui, en 1881 et 82, a, d'après des examens de sécrétions et des fragments de trachomes, établi cette analogie.

Séance du 14 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. CHAUVEL fait un rapport sur un cas de résection partielle de l'os iliaque pour un abcès tuberculeux; l'opération, faite par M. Delorme, fut suivie d'un succès complet.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une note de M. Vacher relative au manuel opératoire de la cataracte ; M. Vacher fait l'opération sans iridectomie; il substitue une pince à branches croisées à la pince fixatrice; enfin, il emploie une sorte de cuiller qui décoiffe le cristallin en même temps qu'elle écarte l'iris.

M. KIRMISSON fait une communication sur un cas de tumeur kystique de la fesse, développée sur une femme de 53 ans. L'opération montra qu'il s'agissait d'une méningocèle sortant par l'extrémité inférieure du canal rachidien. Les suites de l'opération furent remarquablement bénignes.

M. MONOD propose d'expliquer cette tumeur, comme les autres tumeurs congénitales et peut-être comme toutes les tumeurs, par la théorie de Conheim qui fait naître toutes les tumeurs aux dépens de tissus embryonnaires subsistant après l'évolution.

M. PONCET rappelle qu'un professeur de la Faculté des sciences de Montpellier a développé, avant Conheim, une théorie analogue mais plus générale.

M. TRELAT a observé une tumeur qui présentait les plus grandes analogies avec celle que vient de décrire M. Kirmisson ; la tumeur occupait aussi les couches profondes de la fesse ; le diagnostic, kyste dermoïde, fut posé, et l'opération le confirma et montra que la tumeur adhérait fortement à la région médiane et postérieure du sacrum.

M. BERGER ne croit pas que l'on puisse rapporter à une même origine toutes les tumeurs sacro-coccygiennes, car, à côté des kystes dermoïdes, on y trouve des tératomes et des méningocèles.

M. GUENIOT rappelle une observation de tumeur sacrococcygienne ; la tumeur, de volume normal, était formée principalement par des cellules grises nerveuses.

M. KIRMISSON répète que la tumeur dont il vient de parler, se rattachait par un pédicule *creux* au canal rachidien et présentait tous les caractères d'une méningocèle. M. Kirmisson ne voit pas aux dépens de quel organe cette tumeur aurait pu se développer.

M. TRÉLAT rappelle le développement de la région sacrococcygienne et M. MONOD montre que le point de départ de la tumeur peut être cherché dans un trouble de l'arrangement cellulaire au moment de la différenciation des feuillets du blastoderme et non dans un organe quelconque.

M. Sée se demande s'il ne s'agissait pas d'un kyste sébacé transformé.

M. Kirmisson répond que les qualités du liquide et la présence du pédicule permettent d'éloigner cette hypothèse.

M. Pozzi fait une communication sur la *périmétrite suppurée*; il insiste sur la gravité de l'affection et les difficultés du drainage; il rappelle que les chirurgiens étrangers n'hésitent pas à ouvrir largement le ventre pour drainer librement. M. Pozzi rapporte l'observation d'un cas dans lequel il intervint pour une périmétrite qui suppurait depuis un an ; il procéda comme on le fait pour lier l'iliaque externe, décolla le péritoine et put descendre ainsi jusqu'à l'espace pelvi-rectal supérieur; là, il ouvrit la poche et passa un drain par le cul-de-sac vaginal et l'orifice cutané. Cinq semaines après, la malade était guérie complétement. M. Pozzi croit qu'un pareil traitement peut être appliqué aux hématocèles rétro-utérines enflammées; il en a traité une avec succès. Lawson Tait et d'autres ont déjà traité ces collections par la laparotomie intra-péritonéale. La laparotomie extra-péritonéale que préconise M. Pozzi offre beaucoup moins de dangers et peut être employée comme méthode exploratrice ou évacuatrice; il cite à l'appui plusieurs observations personnelles.

M. Trélat a ouvert deux fois par le vagin des hématocèles suppurées; la guérison survint très rapidement. Il ne lui paraît pas nécessaire de faire dans ces cas la laparotomie. — M. Trélat a fait une fois l'opération préconisée par M. Pozzi; il s'agissait de rechercher et d'ouvrir un abcès de périmétrite suppurée ; l'abcès trouvé, M. Trélat l'ouvrit, puis il fit une contre-ouverture vaginale, et la guérison fut rapide. M. Trélat insiste sur la facilité de l'opération, son innocuité, et la rapidité extrême de la guérison dans ces cas où elle se fait d'ordinaire attendre si longtemps.

M. Bouilly rapporte un cas d'abcès pelvien ouvert dans le rectum depuis cinq ans; Bouilly fût à la recherche du foyer par la laparotomie iliaque sous-péritonéale, et ayant découvert le foyer il se contenta de l'ouvrir et d'y mettre un drain; bien que l'opérateur ne se fût pas préoccupé de la fistule rectale, celle-ci guérit seule et la plaie cutanée se ferma vers le 20[e] jour.

M. Lucas-Championnière rappelle que cette opération est pratiquée depuis longtemps par un grand nombre de chirurgiens tant français qu'étrangers, et que pour son compte personnel il l'a employée deux fois, une fois pour une périmétrite suppurée, l'autre pour une hématocèle enflammée.

M. Trélat insiste sur la difficulté de poser un diagnostic précis dans le cas de suppuration intra-pelvienne.

M. Pozzi dit qu'il n'est pas utile, au point de vue chirurgical, de distinguer ces collections en extra et intra-péritonéales; car les intra-péritonéales s'enkystent rapidement. Il signale les difficultés de maintenir l'antiseptie parfaite du foyer par le seul drainage vaginal.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE

Séance du 4 mars 1886. — Présidence de M. Petithan (Vice-président).

Secrétaire général, M. Schiffers.

M. Wibin donne communication d'une observation d'un *cas de carcinome utérin traité avec succès par le raclage* (paraîtra dans les *Annales*).

M. Fraipont montre une curette, inventée par M. Rheinstädler (de Bologne); elle sert à la fois à faire le raclage des tissus morbides et le lavage de la cavité utérine. La tige de cette curette est percée dans sa longueur d'un canal qui vient s'ouvrir à la base de la cuillère.

M. Boland présente un rapport sur un ouvrage intitulé : *Etude sur l'œdème laryngien*, par le Dr J. Charazac (de Paris).

Continuation de *la discussion sur l'épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi à Liège en* 1882-1883 : La Société vote les conclusions suivantes : 1° Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie et la pathogénie de la fièvre typhoïde, et toutes réserves faites quant à la possibilité, en thèse générale, d'une propagation de cette affection à longue distance par les germes atmosphériques provenant des déjections répandues à la surface du sol, aucune preuve ne permet d'attribuer à cette cause l'épidémie liégeoise de 1882-1883 ; 2° La Société, rendant hommage au zèle intelligent de la commission d'enquête, approuvant les mesures préventives qu'elle a prescrites dans son rapport, la remercie de sa communication et en ordonne le dépôt à la Bibliothèque.

Dr Leplat.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

IX. Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie; par G. Ballet. — Paris, 1886.

IX. Le *mot* est un véritable complexus, dans lequel on rencontre quatre éléments fondamentaux : 1° l'image *auditive ;* 2° l'image *visuelle*; 3° l'image *motrice d'articulation*; 4° l'image *motrice graphique*. Ces différentes images réalisent des formules qui, durant la réflexion, servent à donner un corps à notre pensée. Ces opérations internes (vision, audition, articulation mentale) rappelant, par leur nature, les opérations similaires au moyen desquelles nous entrons en relation directe avec nos semblables, constituent le *langage intérieur*. L'étude de ce langage consiste donc à rechercher les caractères généraux de ces images et à montrer la place prépondérante ou effacée qu'elles occupent dans la série des opérations intellectuelles chez chacun de nous. Et, en effet, nous différons bien les uns des autres, sous ce rapport, et le mot peut se présenter, suivant les individus, tantôt sous la forme d'images, auditive ou visuelle, ou motrice. Aussi, à cet égard, peut-on distinguer les types *auditif*, *visuel*, *moteur*. Le type idéal serait celui dans lequel aucune image ne serait prépondérante, le type *mixte* ou *indifférent*; mais cela est rare, et ce qu'on trouve le plus couramment, c'est le type auditif, puis le visuel, puis le moteur. Il faut ajouter, cependant, que les différentes opérations du langage intérieur ne sont pas absolument indépendantes les unes des autres.

Ces considérations psychologiques nous montrent que l'aphasie peut se décomposer en autant de formes principales qu'il y a de fonctions du langage, et c'est ainsi que nous avons la *surdité verbale*, la *cécité verbale*, l'*aphasie motrice*, l'*agraphie*. On peut aussi observer l'*amimie*, ou perte du langage mimique, rarement isolée, mais accompagnant, le plus souvent, l'aphasie motrice. Dans la surdité et la cécité *verbales*, on peut distinguer deux degrés : 1° l'amnésie verbale auditive ou visuelle (perte de la représentation mentale simple); 2° la surdité et la cécité verbales complètes ; cette dernière pouvant porter sur la lettre (cécité littérale) ou sur le mot (cécité des mots). L'aphasie motrice est ce phénomène qu'on a désigné longtemps par le terme général d'aphasie. C'est l'aphémie de Broca, l'aphasie ataxique de Kussmaul, la logoplégie de Magnan. Quant aux formes de l'aphasie désignées en Allemagne du nom d'*aphasie de conductibilité*, elles ne résultent plus de l'effacement d'un groupe d'images, mais de la rupture des relations qu'entretiennent entre elles les images des divers groupes; anatomiquement, ce ne sont plus les centres qui sont lésés, mais bien les conducteurs qui les relient entre eux. Ces centres peuvent être, dans l'état actuel de la science, localisés de la façon suivante : la première circonvolution temporale peut être regardée comme le centre des représentations verbales auditives ; celui des représentations verbales visuelles serait dans le lobule pariétal inférieur, avec ou sans participation du lobule du pli courbe ; celui des représentations motrices d'articulation est, sans aucune contestation, dans le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale, le pied de la deuxième circonvolution frontale serait vraisemblablement le centre des images motrices graphiques. De plus, c'est, en général, dans l'hémisphère gauche, exceptionnellement dans le droit, que siègent ces différents centres. D'un autre côté, leur voisinage et la distribution des vaisseaux préposés à leur nutrition nous explique aisément les cas d'aphasie combinés.

Ce résumé succinct de l'excellent travail de M. Ballet nous montre les progrès qu'a faits la question du langage et de ses

altérations. Ils sont dus, sans conteste, à l'emploi d'une méthode rigoureuse anatomo-clinique, allant du simple au composé et aussi à l'application à la psychologie des données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie cérébrales. J. S.

X. De l'antisepsie médicale; par G. Lemoine. — Paris, 1886.

X. L'antisepsie chirurgicale et l'antisepsie obstétricale ont été depuis quelques années l'objet de travaux d'ensemble assez nombreux; par contre, jusqu'à ce jour, nous ne possédions que des mémoires isolés sur l'antisepsie médicale. La thèse d'agrégation de M. Lemoine vient à propos combler cette lacune et doit attirer l'attention sur cette nouvelle méthode de traitement, la plus rationnelle de toutes, sinon la plus pratique, à l'heure qu'il est, des affections contagieuses. On peut dire que c'est à M. le Pr Bouchard que revient l'honneur d'avoir bien établi au Congrès de Copenhague les principes généraux de l'antisepsie médicale, sa valeur, et même sa raison d'être. Il a montré qu'il était possible d'atteindre, dans l'intimité des tissus, le microbe, cause de la maladie infectieuse, sans pour cela tuer le malade avant de tuer le ferment; et s'il n'est pas toujours possible de le tuer, ce microbe, on peut au moins enrayer sa pullulation, et, par suite, diminuer sa nocivité.

L'antisepsie médicale peut se faire de différentes façons: soit en mettant l'organisme dans des conditions telles qu'il devient un milieu impropre au développement des microbes pathogènes; soit en empêchant les germes morbides de s'y introduire; soit encore en essayant de détruire ceux qui y ont pénétré; dans les deux premiers cas, il s'agit de prophylaxie. Tout le monde sait qu'on peut empêcher le développement d'une maladie donnée, en *vaccinant* le sujet; ex.: la variole. D'autre part, il est facile, par l'asepsie préalable, d'écarter les microbes pathogènes: on n'ignore pas, en effet, que les chirurgiens peuvent désormais regarder l'infection purulente comme n'existant plus. Quoi qu'il en soit, il est des cas où, malgré toutes les précautions prises, les parasites envahissent l'organisme et y pullulent. Que faire? Il ne reste plus qu'à les attaquer directement dans les milieux où ils vivent, et cela peut se faire de trois façons pour M. Lemoine: par l'antisepsie des surfaces d'origine ectodermique (peau, muqueuses, appareil respiratoire); par celle des surfaces d'origine endodermique (intestin, péritoine); enfin par l'antisepsie, qu'il appelle interstitielle, c'est-à-dire celle qui s'applique au milieu intérieur, comprenant le tissu conjonctif et les systèmes lymphatique et sanguin. L'emploi des antiseptiques généraux, utilisés dans ce dernier cas, est plus délicat que celui des antiseptiques locaux; d'autre part, leur liste n'est pas longue, car le mercure et la quinine paraissent être les seuls médicaments en lesquels on puisse avoir confiance; peut-être, cependant, pourrait-on y adjoindre l'acide salicylique dans certaines affections. M. Lemoine étudie dans les trois chapitres que nous avons indiqués l'action des antiseptiques locaux et généraux, en les décrivant avec soin, à propos de chaque maladie, en citant tous les produits chimiques utilisables. Il y ajoute aussi des moyens d'une efficacité moins reconnue, susceptibles d'agir d'une manière analogue aux agents antiseptiques; par exemple, la réfrigération (méthode des bains froids employée dans la fièvre typhoïde) et même la lumière et l'électricité. Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette longue énumération et nous nous bornerons à signaler particulièrement au lecteur le premier chapitre de ce travail sur les principes généraux de l'antisepsie médicale, chapitre des plus instructifs, où sont consignés les résultats des plus récents travaux du professeur Bouchard. Marc. B.

XI. Des Pyrexies abortives; par le Dr Maurice Letulle. — Paris, Asselin et Houzeau.

XI. Les thèses d'agrégation sont tenues de donner l'état actuel de la science sur la question proposée à leur auteur. Il en résulte qu'à ce point de vue au moins elles ont un but utile en marquant le chemin parcouru sur un point spécial de la pathologie, comme aussi en indiquant les hypothèses actuellement en faveur touchant ce même sujet.

L'étude de l'*abortivité* dans les maladies pouvait fournir matière à d'amples développements sur une foule de points nouveaux. M. Letulle n'a pas manqué de faire précéder l'analyse clinique des maladies pouvant avorter d'une étude d'ensemble montrant comment on peut comprendre aujourd'hui qu'une maladie avorte, exposant l'étiologie et la pathogénie des pyrexies abortives. Après un rapide exposé des idées anciennes sur la réceptivité, l'opportunité morbide, le génie épidémique, M. Letulle a montré comment on peut aujourd'hui envisager ces divers termes si vagues. Mais il faut bien le dire, si bon nombre de faits récents, positifs, tirés des études microbiologiques, affirment l'existence nette de la résistance absolue ou limitée d'un organisme à un microbe donné, le pourquoi et même le comment de ce fait échappe absolument. Indépendamment de la réceptivité particulière de tel ou tel animal pour tel ou tel microbe, la température du terrain organique joue certainement un rôle: le charbon en offre un bien remarquable exemple: la poule, à cause de sa température élevée, est réfractaire au charbon bactéridien; si on abaisse sa température vers 38°, elle y devient aussi sensible qu'un cobaye. Inversement la grenouille a une température trop basse pour pouvoir prendre le charbon, si on l'élève vers 35° par le séjour dans une étuve chaude, elle devient un milieu favorable à la pullulation de la bactérie. L'âge, l'hérédité, les portes d'entrée jouent également un grand rôle; tel microbe, la bactérie du charbon symptomatique par exemple, inoculée dans le tissu conjonctif, tue fatalement, tandis que, portée directement dans le sang, elle ne produit le plus souvent qu'une maladie avortée. L'antagonisme de certains microbes l'un envers l'autre est amplement prouvé par l'histoire de la vaccine et de la variole; l'atténuation spontanée et l'atténuation artificielle, c'est-à-dire la création des vaccins constituent encore des facteurs de premier ordre dans l'étude des pyrexies abortives. Mais sur tous ces points, si les faits sont assez nombreux, l'interprétation en est absolument hypothétique et il faut bien l'avouer, si aujourd'hui on ne se paie plus de mots sans substratum réel, on en est encore réduit à les remplacer par des explications possibles, mais forcément rudimentaires et malheureusement encore non démontrées. N'importe, M. Letulle a présenté la question sous son jour actuel et a en somme bien résumé les nombreux travaux qui se rapportaient à son sujet. Après ce préambule de pathologie générale, l'auteur est entré de plein pied dans la clinique et il y a fait œuvre originale. Si en effet il a cité et analysé les nombreux auteurs qui ont décrit les formes abortives des principales pyrexies, il a tenu à donner de nombreuses observations inédites, des tracés en grand nombre qui apportent une note toute personnelle dans le débat. Les pyrexies non systématisées comprenant les septicémies (fièvres puerpérale, traumatique, charbonneuse; septicémie gangréneuse, etc.), puis les maladies typhoïdes (typhus, fièvre jaune, etc.) sont d'abord décrites par l'auteur. Mais c'est surtout la fièvre typhoïde abortive qui est l'objet d'une longue étude qui constitue une vraie monographie de la question. Chaque point particulier fait l'objet d'un chapitre spécial, plein de faits nouveaux et généralement inédits, citons surtout celui de la limitation de la fièvre typhoïde abortive à laquelle M. Letulle donne quinze jours comme durée maxima, celui de l'étude critique des symptômes, celui qui traite de la température et du pouls où de nombreux tracés permettent de saisir facilement les variétés indiquées par l'auteur.

Enfin, le chapitre du diagnostic permet à M. Letulle d'étudier les rapports de la fièvre typhoïde abortive et des embarras gastriques: divers (synoque, fièvre éphémère, fièvre gastrique, etc.) Vient ensuite l'étude des pyrexies systématisées abortives, érysipèle, érythème polymorphe, fièvre herpétique et zoster; fièvres éruptives (variole et scarlatine), suette, oreillons, grippe, et enfin la pneumonie abortive à laquelle est consacré un long et intéressant chapitre où sa durée (5 jours au maximum), sa symptomatologie, son diagnostic différentiel, etc., sont exposés avec soin. Ce rapide aperçu permettra de se faire une idée de l'intérêt de cette étude qui restera et pourra certainement être consultée avec fruit. L. C.

Muséum d'Histoire Naturelle de Paris. — M. le professeur Ed. Becquerel ouvrira son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 12 avril 1886, à 1 heure dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis de chaque semaine, à la même heure. Il traitera de la *lumière* dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels, chimiques, et physiologiques, de la phosphorescence, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Experimenteller Beitrag zur Kentniss des Ursprungs des Nervus acousticus des Kaninchens; par le Dr Onufrowicz (Arch. f. Psych. B. XVI, H 3).

Nous possédons sur les noyaux d'origine du nerf acoustique des notions confuses, et l'on peut dire que la description des noyaux et leur dénomination changent avec les auteurs. Aussi M. Onufrowicz entreprend leur étude à l'aide de la méthode expérimentale, la seule qui puisse donner des résultats précis. Il a détruit l'oreille interne chez des lapins; deux ont survécu l'un 6 mois, l'autre 2 mois 1/2. L'autopsie donna les résultats suivants : la *racine postérieure* du nerf acoustique du côté de la lésion est le siège d'une atrophie considérable qui laisse à peine voir quelques fibres nerveuses. Les petites cellules nerveuses allongées, disséminées entre les fibres sont moins nombreuses et plus petites que du côté sain ; pour l'auteur ces cellules seraient une dépendance du noyau acoustique antérieur. Le *noyau acoustique antérieur* (Meynert) est huit fois plus petit que du côté sain. Il est composé normalement de cellules nerveuses multipolaires séparées par des faisceaux de fibres à myéline ; ici les cellules sont vésiculeuses et les fibres à myéline ont disparu. L'atrophie remonte jusqu'au point d'émergence du trijumeau. Comme on n'observe de pareilles atrophies que dans les noyaux moteurs ou spinaux, ce fait confirme l'opinion de Burdach, Stilling, Schrœder van der Kolk, que le noyau acoustique antérieur est un ganglion spinal, *modifié*, si l'on tient compte de la présence des cellules multipolaires. Les couches profondes du *tubercule acoustique latéral* de Stieda sont atrophiées. L'auteur compare cette atrophie à celle qui se produit dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs par l'ablation du centre visuel cortical (Gudden, Ganser, Monakow) et il insiste sur l'analogie de structure du tubercule latéral de Stieda et des 3 couches superficielles des tub. quadrijumeaux antérieurs. Des considérations de diverses nature lui font penser que ce tubercule latéral est bien le centre d'origine de la racine postérieure de l'acoustique qui traverse ensuite le ganglion spinal ou noyau acoustique antérieur. Le tubercule de Stieda correspond du reste au tubercule acoustique des poissons osseux (Mayser), et Stilling, Foville, Schrœder en ont fait un centre acoustique.

M. Onufrowicz n'a pu noter d'autres lésions; il n'a pas de données sur les relations du tubercule de Stieda avec les autres centres nerveux, mais il peut conclure de ces faits négatifs que le *noyau acoustique interne* n'a pas de rapport avec le nerf acoustique comme du reste le *noyau acoustique externe* ou de Deiters, ce qu'admet Monakow. Les *stries medullaires* ou auditives ne sont pas la continuation directe de la racine auditive postérieure (Meynert) ; elles sont normales comme les *fibres arquées* etc. N'oublions pas que ces conclusions s'appliquent à l'anatomie du lapin ; enfin que les lapins ont présenté des mouvements de rotation après la lésion expérimentale et que *la racine antérieure* du nerf acoustique est légèrement atrophiée. Cette racine antérieure (nerf vestibulaire) établit la relation entre les canaux semi-circulaires et les vermis cérébelleux (Longet) ou la substance grise du quatrième ventricule.

J. Dagonet.

Bulletins de la Société de médecine d'Angers, 2e semestre de l'année 1885. — Lachèse et Dolbeau, Angers.

Une série de mémoires et des observations intéressantes ont été communiquées à la Société de médecine d'Angers pendant le second semestre de l'année 1885 ; de plus, il y a eu des présentations de malades atteints d'affections rares, à diagnostic difficile : par exemple une tumeur de la région de la paupière supérieure qui n'était autre qu'un anévrysme artério-veineux, résultant d'une communication entre l'artère carotide et le sinus caverneux. Après avoir essayé vainement la compression, on a fait sur cet homme la ligature de la carotide primitive droite, sans accidents post-opératoires d'ailleurs. Quand on a perdu le malade de vue, il restait encore quelques battements et un léger thrill dans la tumeur. Citons de plus le cas d'un enfant de six ans, présenté par M. Mareau, et dont l'affection paraît se rapporter au mycosis fongoïde, mais il n'y a pas eu de diagnostic précis. Nous ne signalerons au point de vue chirurgical que le travail de M. Dezanneau sur l'extraction des fibrômes intra-utérins et les recherches de M. Motais sur l'anatomie comparée de l'orbite chez les mammifères. M. Renou a lu à la Société un mémoire sur l'aérothérapie antiseptique dans la diphthérie, méthode de traitement qu'il préconisa dès 1881 ; et M. Guichard a décrit un nouveau procédé de rotation de la tête dans les positions occipito-postérieures, procédé qui lui est personnel.

Marc. B.

Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac ; par le Dr Pradet. — Thèse de Paris, 1885.

Ce travail, inspiré par M. Debove, a pour but de montrer que les alcalins à haute dose constituent un excellent traitement de l'ulcère de l'estomac. Puisque l'action du suc gastrique est funeste à l'ulcère, en neutralisant l'acidité de ce suc, on favorisera la cicatrisation. En fait, l'ingestion de 10, 15, 20 et même 30 grammes de bicarbonate de soude par jour amène promptement la cessation des douleurs et permet l'alimentation avec la poudre de viande. Plusieurs observations sont citées à l'appui de cette thérapeutique nouvelle.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

25 octobre 1659. — *Plaintes contre les religieuses qui maltraitent les malades.* — Cette longue délibération a été entièrement publiée par Brièle, dans les *Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris.* Nous ne donnons ici que quelques lignes qui ont été omises. — Page 5, tome Ier, ligne 12, après (Baillent et distribuent et font bailler, etc.), on doit lire : et distribuer ausdites prieure et soubz prieure et religieuses dudict Hôtel-Dieu toutes choses nécessaires ausdits pauvres malades, comme vivres, drogues, médicamens, linges, coutilz, couvertures, draps et autres necessitez pour la substance, nourriture et alimens des pauvres malades. — Voir pour la suite le volume des Documents.

1607. — *Ordre concernant le nombre des religieuses et filles nécessaires en chasque office de l'Hostel Dieu.* Premièrement : Huict en la salle du Pont. Huict en la salle ou sont a présent les navrez. Huict aux deux salles de St-Denis et St-Thomas. Unze en la salle de l'Infirmerie. Six en la petite salle des lictz jaunes. Une en la salle des Accouchées. Une à la porte. Deux à l'apoticairerie. Deux à la pouillerie. Trois au couvent, Deux a Lessuiment. Trois a l'infirmerie des religieuses et filles. Huict à la chambre aux draps. Trois à la communauté. Deux au noviciat Dix pour veuiller. Dix à la petite lavanderie. Huict à la grande Lavanderie. Sur lequel nombre nécessaire il faut avoir égard aux anciennes quy ne peuvent agir que peu, comme aussy aux religieuses et filles qui tombent et demeurent malades de jour en jour. Et de plus à celles quy sont envoyées aux hospitaux de St-Louis et St-Marcel quand besoin en est. Enfin à celles qui sont envoyées aux malades de la ville. Toutes lesquelles religieuses ne se peuvent prendre sur les nombres cy dessous sans préjudice notable des malades gisans dans l'Hostel-Dieu (*Liasse*, 875).

11 mars 1628. — *Ordonnance de Messieurs de l'église de Paris.* De l'authorité de Messieurs les Doyens et Chapitre de l'église de Paris, supérieurs et administrateurs de l'Hostel Dieu de Paris : fuyuant les statuts par nous faicts.

Deffenses sont faictes à tous Prestres non habituez dans cette maison de l'Hostel Dieu, d'y célébrer la messe sans estre approuvez, et sans la licence du Maistre de la Maison. Et pareillement deffenses sont aussi faictes à tous Religieux et Chapellains de la Maison, et à tous Prestres de dehors d'administrer le sainct sacrement de l'Eucharistie à aucune personne régulière ou séculière estant au service de ladicte Maison hors les Dimanches, Festes, ou le Jeudi n'y ayant point de Feste dans la sepmaine, sans la licence expresse du supérieur, qui aura pouvoir de nostre part de la donner avec cause cognue raisonnable.

Deffenses aussi à tous confesseurs, et autres Prestres, de retenir aucune des personnes susdites, après que le service des pauvres sera sonné, et durant qu'il le faut faire ; à quelque heure que ce soit, afin qu'il n'arrive point de divertissement à tous ceux qui doivent assistance et service aux pauvres et malades Fait au chapitre de l'église de Paris.

Le mardy quatorziesme jour de mars, l'an mil six cens vingt-huit. Baudoin. (*Liasse*, 875. Cette ordonnance est imprimée).

De 1628 à 1634. — FORMULE *de renouveller les vœux de la Religion pour estre pratticquée aux bonnes festes et annuelles par les Religieuses professes de l'Hostel-Dieu à l'imitation de saint François, saincte Gertrude, et aultres grands Religieux, tirée du chapitre vingt sixième du Deuteronome avec accomodation des paroles de l'escriture à la rénovation de l'an profession.* Je fais profession aujourdhuy devant la face du seigneur mon Dieu que je suis entrée en cette terre ou maison ou religion. Laquelle il a pleu à Dieu estre instituée par noz pères et en laquelle il ma appellée et ma exaucé et regardé mon humilité, mon travail et mon angoisse et il ma conduit et amenée en ce lieu et en cette vocation *plaine de candeur du lait et douceur du miel,* et en cette considération j'offre aujourdhuy les prémices de cette terre que le seigneur ma donnée. Regardez o seigneur de vostre sanctuaire et de vostre seiour plus relevé des cieux et voiez les présents que je vous ay offert et que je vous présente encores aujourdhuy à scavoir mes vœux de *pauvreté, chasteté, obédience et le service des pauvres et malades* lesquelz jay autres foys, cy devant fait par vostre saincte inspiration. Bénissez vostre servante N. (1) et la terre distilante le lait et le miel que luy avez donné. Voila o Seigneur que vous mavez inspirée de faire voz commandements et vos jugemens affin que je les garde et accomplisse de tout mon cœur, de tout mon âme. Voila O. N. tu as efleu le Seigneur à ce qu'il soit ton Dieu, que tu chemine dedans ses voies, que tu observe ses vœux et que tu obéisse à son commandement. Voila que le Seigneur qui ta eslu o N... affin que tu luy sois servante particulière, que tu garde ses commandements et ses conseils. Pren garde, et n'oublie pas cela affin que tu sois une saincte servante du seigneur ton Dieu. Ainsi-soit-il (*Liasse* 875).

1634. — Monsieur le Doyen et Messieurs du Chapitre de Notre Dame avaient envoyé des réclamations en 1634 aux administrateurs sur le service des religieuses qu'ils trouvaient trop dur. Voici les principaux passages de la réponse des administrateurs de l'Hôtel-Dieu aux Doyens du chapitre de Notre Dame.

Le second article est que les religieuses et filles méditeront demi heure le matin chaque jour. A quoi répondent les administrateurs. La méditation est ung exercice pénible qui ne convient qu'à de forts et rares espritz dans les vagues de laquelle les âmes faibles s'égarent bien souvent et quelquefois s'y perdent. Nullement convenable aux Relligieuses de l'Hostel Dieu qui ont choisi pour leur part l'exercice de la charité qui se pratique au secours, assistance, service des pauvres mallades en quoy leur vœu les oblige de vacquer et non à la méditation.

Sy on leur accorde une demie heure de méditation, il est à craindre que les meilleures par le ravissement d'une douceur spirituelle, et les autres, voire la plus grande partie, par un vain entretien de leurs oisives pensées et d'autres, et pour finir le travail y emploiant d'avantage de temps et, peu à peu, s'y laissant tellement emporter, qu'elles en délaissent et oublient entièrement le service des mallades il se veoid desja en celles qui se sont laissées aller aud persuasion et à ce désir.

Mais quand elles n'y emploieront que demye heure, c'est tousiours un temps nécessaire au traictement des mallades qui ne peult estre employé ailleurs qu'ils n'en soient incommodez, mesmement prenant ladite demye heure la matinée qui est le temps qu'il y a plus d'affaires auprès des pauvres.

Et qui considérera que l'ordre accoustumé à l'Hostel Dieu est tel que les Relligieuses font leurs prières en se levant, vont toutes à la messe, entendent pendant le disné et le souppé la lecture des choses sainctes qui se font au couvent. Vont deux fois le jour à l'église après le disné et souppé, rendent grâce à Dieu, font leurs prières le soir, assistent aux sermons toutes les festes et dimanches, ont souvent des exhortations qui se font dans les salles par gens de lettres plains de piété et direction, et reçoivent plusieurs bonnes instructions au chappitre toutes les sepmaines et y adjouster à ces œuvres le temps qu'il faut employer aux confessions, préparations à la sainte communion. Il jugera que pour des hospitalières, des heures au service des malades qu'elles ne peuvent pas, si elles veulent faire leur devoir, vacquer davantage aux prières et à la méditation.

L'article suivant a trait aux novices que les administrateurs veulent enlever à la conduite des religieuses qu'ils appellent leur mère, mais « qu'il y aura des relligieuses mères de novices pour les conduire et instruire, sans qu'à l'advenir les filles blanches soient emploiées à faire les lictz, la chambre, ny autres choses pour les religieuses. »

Dans les monastaires où les Relligieuses ne vacquent qu'au service divin et aux prières, ces mères de novices sont nécessaires pour instruire les filles au chant, aux sérémonies et offices de l'église. A l'Hostel Dieu, les Relligieuses ne chantent point, elles ne tiennent point de cœur. Et pour ce, il n'est poinct besoing de maitresses qui enseignent aux filles ces exercices.

Ce qu'elles doibvent scavoir et *aprendre est de panser les malades, les nettoier, les conduire où ils ont besoing d'aller, les porter, couper leurs ongles et leurs cheveux. leur faire prendre médecine, bailler des lavements, leur bailler à boire et toutes autres choses nécessaires.* En outre, faire la lessive, coudre et accommoder le linge nécessaire pour servir à la maison et pour les suaires, ensevelir les mortz et rendre autres services selon les occasions qui ne se peuvent dire. (*Arch., Ass. Pub. Liasse* 875).

(1) Ici la religieuse prononçait son nom.

Les Russes atteints de la rage à l'Hôtel-Dieu.

Sur les dix-neuf *Russes* de Beloie, mordus par le même loup enragé et arrivés à Paris le 13 mars, sept seulement sont entrés à l'Hôtel-Dieu. Les autres, ayant des blessures moins graves, ont été soignés dans un hôtel de la rue Gay-Lussac. Voici quelques renseignements sur les sept malades soignés à l'Hôtel-Dieu :

1° *Le Pope*, âgé de 62 ans (Jerchoff, Basile). Mordu le 1er mars; arrachement de la lèvre supérieure: morsures à la jambe gauche: égratignures à la fesse gauche: morsures multiples aux mains. Est sorti en bonne santé le 1er avril.

2° Jakorleff, âgé de 27 ans, cultivateur, mordu le 28 février. Morsures à l'angle interne de l'œil gauche (fistule lacrymale); égratignures aux deux mains; plaies de la voûte palatine. Est sorti en bonne santé le 1er avril.

3° Kojaouroff, Mathias, âgé de 45 ans, pompier, mordu le 1er mars. Morsures à la lèvre supérieure. Perte de substance triangulaire de la partie droite de cette lèvre, intéressant un peu l'aile du nez, découvrant la première molaire et l'incisive. Morsure à l'angle interne de l'œil droit. Le 19 mars, jour de sa neuvième inoculation (voyez le tableau suivant), inquiétude, constipation opiniâtre ; dans la nuit, les symptômes de la rage se déclarent: le malade meurt le 21 mars à trois heures et demie du soir. — A l'autopsie, nombreux quartiers d'orange intacts dans l'estomac : dent de loup en arrière de l'apophyse orbitaire de l'os malaire légèrement entamé.

4° Jenagenoff Wladimir, 37 ans, cultivateur. Mordu le 28 février. Plaie de la région sus-hyoïdienne, allant de l'angle du maxillaire inférieur gauche jusqu'à l'apophyse mastoïde droite. Peut être plaie des glandes salivaires? — A été fortement cautérisé après ses morsures. Le 1er avril, douleur de tête, fièvre (38°,8). Puis symptômes de rage. Mort le 2 avril à sept heures du soir.

5° Kochauskaia (femme). Morsure le 1er mars, à la lèvre supérieure du côté gauche intéressant l'aile du nez. Mordue aussi à l'avant-bras droit. A la chute de l'eschare, hémorrhagie de l'artère radiale. Ligature le 17 mars. Sortie en bonne santé le 1er avril.

Les cinq malades dont nous venons de résumer l'histoire ont été traités simultanément: le tableau suivant indique comment et quand le traitement a été pratiqué.

14 Mars	Une inoculation.
15 —	Deux —
16 —	Deux —
17 —	Deux —
18 —	Une —
19 —	Une inoculation. Début de la rage de Kojaouroff, après 9 inoculations.
20 —	Une inoculation.
21 —	Une inoculation. Mort de Kojaouroff.
22 —	Une inoculation.
23 —	Une —
24 —	Une —
25 —	Une —
26 —	Une —
27 —	Deux —
28 —	Deux —
29 —	Deux —
30 —	Une —
1er Avril	Début de la rage de Jenagenoff après 23 inoculations.
2 —	Mort de Jenagenoff.

M. Pasteur aurait refait au pope Jerchoff, à Jakorleff et à Kochauskaia une nouvelle série d'inoculations n° 10.

6° En outre des cinq malades dont nous venons de parler, un sixième Russe de Beloie, qui avait été soigné d'abord rue Gay-Lussac, est entré à l'Hôtel Dieu le 2 avril avec des symptômes de rage et est mort le 4 avril.

En résumé, sur les 19 Russes de Beloie, trois sont morts ; les autres paraissent en bonne santé.

7° Pour terminer, disons qu'un septième Russe, faisant partie des dix-neuf de Beloie, également mordu par le même loup enragé, portant au bras gauche une morsure deltoïdienne et sept morsures à

l'avant bras droit, soigné d'abord rue Gay-Lussac, est entré le 4 avril dans le service de M. Tillaux, pour une lymphangite. Cette lymphangite a rapidement guéri et le malade est sorti le 9 avril. Il avait subi trente-trois inoculations.

Institut Pasteur.

Le gouvernement *allemand* vient de déléguer M. le Dr Usselmann, pour suivre les inoculations antirabiques de M. Pasteur.

Le *Journal officiel* a publié la quatorzième liste des souscriptions à l'Institut Pasteur. Elle s'élève à 21,752 fr. 75 c. Le total général à ce jour est de 568,595 fr. 67 cent.

Le *Sultan de Constantinople*, a décidé, de sa propre initiative, l'envoi à Paris d'une commission chargée d'étudier la méthode de M. Pasteur. Cette commission se composera de MM. les docteurs Zocéos-Pacha et Hussein-Bey, et de Husni-Pacha, vétérinaire. M. Zocéos-Pacha remettra à M. Pasteur le grand cordon du Medjidié et une somme de 10,000 fr., souscription personnelle du sultan pour l'Institut Pasteur.

Les troubles à l'Ecole supérieure de Pharmacie.

Les troubles qui se sont succédé, à l'Ecole de pharmacie, et sur lesquels tous les journaux politiques ont appelé l'attention du ministre de l'instruction publique, sont d'une nature toute spéciale et qui doivent nous arrêter.

Ces troubles, survenant brusquement au moment où l'on s'y attendait le moins dans le public, sont la conséquence d'une somme de plaintes, de récriminations qui existent depuis longtemps à l'Ecole de pharmacie, non seulement entre les étudiants et le directeur de l'Ecole, mais encore entre la majorité des professeurs et ce dernier.

M. Chatin, directeur-professeur à l'Ecole de pharmacie, fut imposé par le 24 mai aux professeurs qui avaient demandé M. Buignet comme directeur, lors du départ de M. Bussy. Ce fut une première source de conflit entre des professeurs républicains et un directeur qui ne chercha peut-être pas assez à racheter son origine, ne tint pas suffisamment compte des avis du conseil des professeurs.

Ceux-ci furent vivement émus, il y a quelques années, de voir le nom de leur doyen attaqué avec preuves à l'appui, assure-t-on, dans des journaux de spécialités pharmaceutiques. On affirma en effet que M. Chatin, directeur de l'Ecole de pharmacie, avait des intérêts dans une spécialité pharmaceutique, et qu'il profitait de sa haute situation pour chercher à faire *poursuivre par l'Ecole et disparaître* une spécialité qui faisait concurrence à la sienne. Ces faits sont-ils acquis? Peut-être ; car M. Chatin n'a jamais poursuivi le journal en diffamation. Connus de tous les étudiants, ils n'ont pas peu contribué, comme bien d'autres faits encore, dont nous ne pouvons nous faire l'écho, à retirer au directeur l'estime qui s'attache naturellement à sa fonction de professeur et de membre de l'Institut.

Les étudiants, par leurs protestations énergiques, qui ne sont que l'*explosion de ressentiments qui remontent à des années*, ont attiré l'attention de l'administration supérieure. Leur rôle doit s'arrêter s'ils veulent que celle-ci puisse agir, ce qui lui serait impossible de faire s'ils continuaient à empêcher un cours que le professeur doit toujours pouvoir faire librement, n'ayant pas été imposé mais choisi par ses pairs. Nous conseillons donc aux étudiants le calme. Mais alors nous demanderons au ministre de l'instruction publique si tous les faits que l'on connaît bien au ministère ne nécessitent pas à bref délai le remplacement de M. Chatin comme directeur, alors surtout qu'il a dû sa nomination aux hommes du 24 mai et qu'il a atteint la *limite d'âge*. B.

Notice bibliographique complémentaire des travaux de M. le professeur Bouchardat.

Voici la liste des principaux travaux de M. le professeur Bouchardat, que nous n'avons pas cités dans le bulletin (1) :

Relation entre les actions chimiques et électriques (Ann. de ch. et phys., 1883). — *Propriétés optiques de la phloridrine; de la salicine, etc.* (C. R. Ac. des Sc., 19 fév. 1884). — *Propriétés optiques des alcalins végétaux* (Ann. de ch. et phys., 1843). — *Propriétés optiques de la codéine, narcéine, etc.*, avec M. Boudet (Rep. de pharm., t. IX). — *Propriétés optiques de l'amygdaline, acide amygdalique et amygdalates* (C. R. Ac. des Sc., 1844). — *Iodure de potassium, cristallisation octaédrique* (An. Ph., 1884). — *Produits de distillation du caoutchouc* (J. de pharm., 1847). — *Propriétés optiques de l'acide camphorique* (R. pharm., 1849). — *Ferments et fermentations* (1832). — *Ferments alcalins; fermentations benzoïque, saligénique, etc.* (1846). — *Urine bleue* (J. des Conn. méd., t. IX). — *Fibrine, gluten et caséum* (C. R. A. des S., 1842). — *Iodoforme, bromo-iodoforme* (1837, J. de pharm.). — *Colle au sulfure de carbone* (R. ph., 22). — *Etudes sur le rôle des matières albumineuses dans la nutrition*, avec Sandras (A. th., 1856). — *Sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du café* (A. th., 1858, p. 255). — *Mémoire sur les poisons, les venins, les effluves, les virus, les miasmes spécifiques dans leurs rapports avec les ferments* (A. th., 1886). — *Inoculation comme moyen de prophylaxie dans les maladies transmissibles par l'air et par l'inoculation. Vaccin* (A. th., 1864). — *Sur la genèse et le développement de la fièvre jaune* (A. th., 1858). — *Mémoire sur l'infection déterminée au corps de l'homme.* — *De l'entraînement ou de l'exercice forcé appliqué au traitement de la glycosurie* (1865). — *Des poisons, des venins, des effluves, des virus, des miasmes spécifiques dans leurs rapports avec les ferments* (1866). — *Gravelles, calculs urinaires, goutte. Notions d'étiologie, de prophylaxie et d'hygiène thérapeutique* (1867). — *Du régime lacté dans l'albuminurie* (1868). — *Sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du café* (Conférence, Association polytechnique du 28 juillet 1867) (1868). — *Mémoire sur la production de l'urée dans l'économie vivante* (1869). — *Note sur le diabète insipide avec excès d'urée* (1869). — *Etiologie de la glycosurie* (Leçons professées à la Faculté de médecine) (1869). — *Goutte* (Etiologie, prophylaxie, thérapeutique, régime alimentaire) (1870). — *De l'alimentation azotée* (Extrait des conférences faites pendant le siège, dont plusieurs imprimées dans la *Revue des cours scientifiques* (1871-1872). — *Etat sanitaire de la population de Paris et de Metz pendant et après les sièges*, (Extrait de la *Revue des cours scientifiques*, nos 45, 47, 48, 49, 50) (1871-1872). — *Etiologie du typhus* (1873). *Soins hygiéniques pour diminuer les dangers qui accompagnent ou suivent les opérations de la lithotritie* (Extrait de l'*Union pharmaceutique*) (1874). — *Choléra* (Résumé d'une leçon sur les règles d'hygiène à suivre en temps d'épidémie). (Extrait *Gazette des hôpitaux*) (1874). — *Hygiène du soldat* (1874). — *Considérations générales sur l'hygiène thérapeutique* (Traitement hygiénique des maladies aigues, régime diététique) (1875) — *Traitement hygiénique des maladies chroniques et des convalescences*) (1876). — *Sur le régime alcalin* (1876). — *Sur la fuchsine dans les vins colorés* (En collaboration avec Charles Girard). (Extrait du *Bull. de thér.*) (1877). — *Considérations générales sur la thérapeutique étiologique.* (Scrofule, tuberculose, misère physiologique) (1877). — *Sur la médication salycilique* (1878). — *Sur le sulfate de cinchonidine* (1878). — *Sur le virus nosocomial, pansement ouaté, pansement de Lister; maternités* (1878). — *Sur les vignes phylloxérées* (1879). — *Traitement hygiénique des dyspepsies.* (Extrait du *Bull. de thér.* (1880). — *Traitement hygiénique des calculs biliaires* (1881). — *Du scorbut, hygiène et thérapeutique* (1881). — *Du traitement hygiénique et du traitement mercuriel de la syphilis* (1882). — *Sur quelques causes de la dilatation de l'estomac et sur leur traitement hygiénique* (1882). — *De la préservation des maladies contagieuses (Des principaux modes d'atténuation des microbes ou ferments morbides; considérations sur les divers degrés de préservation par une première atteinte* (1882). — *Benzoate de cinchonidine dans la glycopolyurie* (1883). — *Bromure de potassium contre le diabète* (1883) — *Parasiticides, leur emploi dans les maladies virulentes et miasmatiques* (1883). — *Fièvre typhoïde, son traitement hygiénique* (1883). — *Etudes générales sur les maladies contagieuses* (1884). — *Genèse des parasites des maladies contagieuses* (1884). — *Atténuation des virus par méthode Jennérienne* (1885). — *Choléra asiatique, nature, son parasite, hygiène, traitement* (1885).

Sous presse : Pour paraître dans quelques jours : *Annuaire de thérapeutique pour 1886*, renfermant : *Mémoires sur le traitement hygiénique de l'albuminurie* (régime lacté); — *Sur les difficultés de l'hygiène* — Pour paraître dans un mois : 24e *édition du formulaire magistral entièrement terminé de sa main.*

Signalons enfin de très nombreuses publications dans les *Bulletins de la Société d'Agriculture*, principalement sur la *culture de la vigne, le phylloxéra, l'oïdium, le mildew, la culture des vignes américaines, le choix des cépages à cultiver en Algérie*, etc., etc. — Nombreux articles publiés dans les *Revue scientifique, Bull. Thér., Union pharmaceutique, Bull. Académie de Médecine.*

(1) Voir page 332. — Le manque d'espace nous oblige à donner une notice très incomplète.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 avril 1886 au samedi 10 avril 1886, les naissances ont été au nombre de 1199 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 452; illégitimes, 167. Total, 619. — *Sexe féminin* : légitimes, 420, illégitimes, 167. Total, 580

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881, 2.225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 avril 1886 au samedi 10 avril 1886, les décès ont été au nombre de 1261, savoir : 668 hommes et 564 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10 F. 5. T. 15. Variole : M 5, F 2, T. 7. — Rougeole M. 11, F. 14, T. 24 Scarlatine : M. 5. F. 6 T. 11. — Coqueluche : M. 4 F. 4 T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 18 F. 22, T. 40. — Dyssenterie : M. 0, F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 5, F. 0. T. 5. — Infections puerperales : 2 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 31 F. 24, T. 55. — Phthisie pulmonaire : M. 151, F. 90 T. 241. — Autres tuberculoses : M 25, F. 21. T. 46. — Autres affections générales : M. 39, F. 38 T. 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 28, T. 52. — Bronchite aiguë: M. 22 F. 18 T. 40. — Pneumonie : M 68, F. 62. T. 130 — Athrepsie : M. 36, F. 43 T 79. — Autres maladies des divers appareils : M. 178 F. 197. T. 375. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes. M. 27. F 8. T. 35. — Causes non classées M. 9, F. 9, T 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38; illégitimes, 18 Total : 56 — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 20 Total : 47.

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. — Les épreuves orales de 1 heure après 24 heures de préparation ont continué cette semaine : Vendredi 9 avril : *De la taille hypogastrique*, M. Gangolphe ; *Des kystes dermoïdes*, M. Brun ; — Samedi 10: *Anatomie pathologique et diagnostic des diverses variétés de cataractes*, M. Nélaton; *Des rétinites*, M. Forgues ; — Lundi 12: *Paralysies motrices d'origine traumatique*, M. Dénucé ; *De la gangrène diabétique*, M. Truc ; — Mardi 13 : *Diagnostic et traitement des kystes du foie*, M. Vautrin ; *De la putréfaction du fœtus dans la cavité utérine*, M. Auvard. — Mercredi 14: *Dystocie causée par le détroit inférieur*, M. Rémy ; *Diagnostic du travail de l'accouchement et durée du travail*, M. Bar. — Jeudi 15 : *De la répétition habituelle de l'avortement et de l'accouchement prématuré spontanés*, M. Maygrier ; — *Causes et diagnostic de la mort du fœtus pendant la grossesse*, M. Gerbaud.

Concours du prosectorat a Paris. — La seconde épreuve orale éliminatoire de 10 minutes sur une question d'anatomie descriptive a eu lieu la semaine dernière, après la lecture de la composition écrite; questions traitées : Jeudi, *Cristallin, zône de Zinn* et *Corps vitré*; Vendredi, *Urèthre de l'homme*. — Les candidats déclarés admissibles après ces épreuves sont par ordre alphabétique : MM. Beurnier, Boiffin, Demoulin, Hallé, Hartmann, Lejars, Mérigot de Treigny, Villemin. Les épreuves orales définitives de physiologie, histologie, médecine opératoire et pathologie externe auront lieu dans deux mois, à partir du vendredi 9 avril. Les candidats ci-dessus auront pendant cet intervalle de temps à préparer des pièces sèches sur les *voies biliaires en dehors du lobule hépatique*. MM. Phocas et Metaxas se sont retirés du concours avant l'épreuve orale d'anatomie.

Faculté des sciences de Paris. — M. Hermitte, professeur d'algèbre supérieure à la Faculté des sciences de Paris, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté. — Le 15 avril 1886, M. Bergson soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : *Influence de la température sur l'aimentation.*

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances de Pâques, les bureaux du secrétariat seront fermés du jeudi 22 au mardi 28 inclusivement. Pas d'examens ni de thèses cette semaine.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Albertin (Alphonse-Henri), chargé des fonctions d'aide d'anatomie, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Delore, professeur-adjoint d'accouchements, a donné sa démission.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Hachet, maître répétiteur au Lycée de Lille, est délégué dans les fonctions de commis au secrétariat de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville, pendant la durée du congé accordé à M. Delacourt.

Faculté des sciences de Clermont. — M. Robinet, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, chargé des fonctions de préparateur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé préparateur de géologie et de minéralogie à ladite Faculté, en remplacement de M. Parrey.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les professeurs, les suppléants, chargés de cours et agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Montpellier sont convoqués, le samedi 8 mai 1886, à l'effet d' élire un délégué au conseil académique de Montpellier, en remplacement de M. Moitessier, démissionnaire.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Ramakers, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à ladite Ecole, en remplacement de M. Merz, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, à M. Barny, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. Guillaumet, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est chargé du cours d'histoire naturelle à ladite Ecole, pendant la durée du congé accordé à M. Barny.

Ecole vétérinaire de Lyon. — Un concours pour la chaire de pathologie générale, pathologie médicale spéciale, anatomie pathologique générale et clinique, sera ouvert le lundi 31 mai 1886, à l'école vétérinaire de Lyon.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Blachas (Aimé-Jules), pharmacien de première classe, est nommé préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Lévi-Valensi, démissionnaire.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — M. Lecaplain, licencié ès sciences physiques et agrégé de physique, professeur au lycée de Rouen, est chargé, en outre, d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

Assistance publique. — MM. Risler, maire du VIIe arrondissement et M. Blomet, membre de la Chambre de Commerce, ont été nommés membres du Conseil de surveillance, le premier au choix, en remplacement de M. Nast, le second, présenté par sa chambre, en remplacement de MM. Dietz-Monin.

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 1er mai, à sept heures et quart, dans les salons du *Grand-Hôtel*, sous la présidence du Dr Brouardel. Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les *internes en exercice*), pourra être versé dans les hôpitaux, à l'interne en médecine, *économe* de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges; Bottentuit, 56, rue de Londres, et Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose. — Le montant de la souscription est jusqu'à ce jour de 36,346 fr. 15 c.

Choléra. — *Espagne* : L'*Imparcial* mentionne le bruit que le choléra a éclaté à Almurica, province de Saragosse. (Dépêche de Madrid, 7 avril.)

Italie : Le Bulletin municipal de Padoue du 8 avril enregistre cinq cas de choléra dans le régiment d'infanterie.

Excursion anthropologique. — M. G. de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique à l'Ecole d'anthropologie, fera, pendant les vacances de Pâques, une excursion préhistorique dans le Sud-Ouest de la France. Cette excursion durera huit à dix jours et coûtera 100 à 200 francs. Le départ de Paris aura lieu dimanche, 18 avril 1886, à sept heures quinze minutes du matin, à la gare d'Orléans. Les localités visitées seront : Brive (station de Chez-Pouré, grottes magdaléniennes, ch.); Badegols (station solutréenne); Périgueux (musée et collections particulières); les Eyzies (station de Laugerie-Haute, Laugerie-Basse, Cro-Magnon, etc.) ; Poitiers (musée et dolmen) ; Grand Pressigny et Abilly. — Les excursionnistes seront à même de cueillir personnellement des objets d'époques diverses et d'en rapporter un grand nombre. Les personnes qui désirent prendre part à cette excursion sont priées d'en aviser de suite M. G. de Mortillet, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), le nombre des excursionnistes étant limité.

Excursion géologique. — Pendant les vacances de Pâques, une excursion géologique aura lieu dans le Boulonnais sous la direction de M. Munier-Chalmas, directeur-adjoint du laboratoire de géologie à la Sorbonne ; le départ de Paris aura lieu le samedi soir 27 avril. Pour tous les renseignements, s'adresser au laboratoire de géologie à la Sorbonne, le plus tôt possible.

HÔPITAUX DE LYON. — M. le Dr AUDRY a été, après concours, nommé médecin des hôpitaux de Lyon.

INCIDENT A L'ÉCOLE DE PHARMACIE. — Pendant une ou deux leçons de M. Chatin, les troubles ont continué. Le conseil général des Facultés de Paris s'est réuni en séance extraordinaire sous la présidence de M. Gérard, et a décidé de suspendre provisoirement le cours de M. Chatin.

JOURNAUX DE MÉDECINE. — La *Revue médicale française et étrangère*, dirigée jadis par le Dr Ed. Fournier, cesse de paraître (au moins *provisoirement*) par suite de la mort de son rédacteur en chef.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr CARPENTIER est nommé médecin du Lycée de Saint-Quentin, en remplacement de M. le Dr Cordier, décédé.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. Georges LE MESLE, géologue, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1886, les études scientifiques sur le territoire de la Tunisie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. le Pr G. VILLE, commencera son cours de physique végétale, lundi prochain 19 avril 1886, à 3 heures, dans le grand Amphithéâtre du muséum d'histoire naturelle et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine à la même heure; il traitera des *conditions qui déterminent, favorisent, et règlent la production des végétaux*, puis de la fabrication et de l'emploi des engrais chimiques ; dans le mois de mai il y aura des démonstrations expérimentales au laboratoire, rue de Buffon, 43 *bis*.

NOMINATIONS DIVERSES. — Sont nommés membres de la délégation cantonale de l'enseignement primaire : pour le VIe arrondissement de Paris, M. le Dr Genevois ; — Pour le XVIIIe arrondissement, M. Jossel, médecin du Bureau de Bienfaisance.

PRIX. — La *Société Nationale de médecine de Marseille* décernera, à la fin de l'année 1886, le prix Rampal, de la valeur de 500 fr., au meilleur mémoire manuscrit sur le sujet suivant : *Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture du péritoine*. Les mémoires doivent être adressés dans les formes académiques à M. le Dr Mireur, secrétaire général, rue de la République, 1, Marseille, avant le 15 novembre 1886.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 12 avril 1886, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés. — Ordre du jour: Vote sur la candidature de M. de Castro au titre de membre correspondant étranger à Alexandrie; suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine ; de la responsabilité du pharmacien dans l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques, par M. Yvon; rapport de M. Brouardel sur un cas de responsabilité médicale; rapport de M. Descoust sur un cas d'asphyxie par strangulation.

SOCIÉTÉ FRANCAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.—L'ouverture de la session générale aura lieu à la Mairie du premier Arrondissement le mardi 27 avril, à huit heures du soir. — Ordre du jour : 1° Correspondance, rectifications, membres nouveaux. 2° Modifications au statut-règlement, élections des membres du comité pour l'année 1886-87. 3° Questions à l'étude : A. Traitement de la suppuration de la caisse du tympan ; inscrits pour prendre la parole : MM. Miot, Hèring, Baratoux Ménière, Berthold (mémoire), etc. B Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse) par les moyens chirurgicaux ; inscrits pour prendre la parole : MM. Gouguenheim, Baratoux, Massei (mémoire), Moura, etc. 4° Tuberculose, musée anatomo-pathologique des affections laryngées à l'Hotel-Dieu : M. Moura, de Paris. 5° Crises épileptiformes produites par une otite moyenne chronique simple : M. Noquet, de Lille. 6° Fibro-sarcome primitif des fosses nasales, opération, guérison : M Moure, de Bordeaux 7° Bourdonnements de l'oreille dans les maladies de l'estomac : M. Ménière. 8° Les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières ? M Charazac, de Toulouse. 9° Thérapeutique auriculaire et laryngée; médicaments nouveaux : M. Baratoux. 10° Contribution à l'étude du cancer du larynx : M. Moure, de Bordeaux. 11° Hémi-atrophie de la langue : M. Schiffers, de Liège. 12° Présentation d'instruments : M. Guye, d'Amsterdam. 13° Divers : MM. Garel, Brébion.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Rodolphe MONNIER, médecin principal de première classe en retraite, ancien professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, ancien médecin en chef des ambulances de Sedan en 1870, mort à 73 ans. — M. le Dr J. FREMLYN STREEFEILD, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique et professeur de clinique ophthamologique à Londres. — M. le Dr Amédée FORGET, chirurgien consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, un des fondateurs et ancien rédacteur de l'*Union médicale*, membre de la Société de chirurgie, vient de mourir à l'age de 74 ans. — M. le Dr BOURCERET (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. Augustin JASSOUD, interne des hôpitaux de Marseille. — M. N. KIRSCH (de Hondeldange, Luxembourg), vient de succomber à l'age de 28 ans de la variole contractée dans son service de l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles, où il était interne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. — SOMMAIRE DU N° 32 : *Pathologie mentale* : Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant sur l'oreille externe gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante une fièvre saisonnière, par MAIRET. — *Pathologie nerveuse* : Du tabes combiné ataxo-spasmodique ou sclérose postéro-latérale de la moelle, par GRASSET. — Contribution à l'étude de l'hémianopsie d'origine centrale, par SEGUIN. — *Recueil de faits* ; Rapports de l'hystérie, de l'épilepsie et du rhumatisme, par SOUZA LEITE. — *Revue d'anatomie et de physiologie* : La nutrition du cerveau, par MEYNERT. — La structure des éléments du système nerveux, par FREUND. — Contributions expérimentales à la connaissance des voies d'union du cervelet et au trajet des faisceaux grêles et cunéiformes, par VEJAS. — Recherches expérimentales et anatomo-pathologiques sur les rapports qui relient la sphère visuelle aux centres optiques infra-corticaux et aux nerfs optiques, par MONAKOW — Etudes sur les attitudes considérées comme indicatives des états moraux et envisagées dans les œuvres d'art, par WARNER. — Une méthode pour faciliter les recherches sur l'activité volontaire, par RIEGER. — *Revue de pathologie nerveuse* : Un cas de chorée traité avec succès par le bromure de camphre; spécimen de l'écriture d'un choréique, par BOURNEVILLE. — Contribution à la localisation du centre ano-vésical de la moelle épinière de l'homme, par KIRCHHOFF. — Expériences pour servir à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique de la neurasthénie cérébrale, par ANGEL. — Sur les phénomènes musculaires, par REINHARD. — Sur les limites du sens de la température à l'état sain et à l'état pathologique, par DONATH. — Contribution à l'étude des troubles trophiques chez les tabétiques, par ROSSOLYMMO. — Sur un cas d'affection spinale avec cécité et paralysie générale ; diagnostic précoce par constatation de l'absence prématurée du phénomène du genou, par WESTPHAL. — *Sociétés savantes* : Société Médico-Psychologique (an. P BRIAND). — Société Psychiatrique de Berlin (an. KERAVAL), 264 — XIXe Congrès des membres de la Société des Aliénistes de la Basse-Saxe et de Westphalie (An. KERAVAL). — Xe Congrès des Neurologistes et Aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest (An. KERAVAL). — *Varia* : Rapport sur les progrès de l'Assistance des aliénés effectués en Allemagne au moyen des asiles pendant ces dernières années, par Lœhr (An. Keraval). — *Faits divers.* — *Bulletin bibliographique.*

Abonnement : Paris : **20** fr. — Province : **22** fr. — Étranger (*Union postale*) : **23** fr. — En dehors de l'Union postale : **25** fr.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière — *Clinique des maladies nerveuses* : M le professeur CHARCOT, lundi et mardi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales* : M. J. VOISIN. Le lundi à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine.* M. BESNIER. — Consultation externe le vendredi. Examen des malades nouveaux le samedi à 9 h. 1/2. Visite générale le lundi et le jeudi à 9 heures. Opérations dermatologiques (lupus, acné, etc.), le mardi; — teignes, alopécies, dermatophyties, le mercredi. — Salle Gibert (F.) : 2, rhumatisme chronique. gommes scrofulo-tuberculeuses ; 8, gommes scrofuleuses du bras ; 18, favus; 20, syphilides palmaires ; 21, psoriasis généralisé, arthropathies; 29, pityriasis rubra pilaris ; 23, épithélioma développé sur une cicatrice de lupus; 33, pityriasis rosé de Gibert. — Salle Cazenave (H.) : 2, 4, Favus ; 18, ulcérations trophiques ; 19, 29, chancre ; 20, gommes scrofulo-tuberculeuses ; 24, arthropathies syphilitiques ; 23, plaques syphilitiques ; 58, sclérodermie diffuse ; 66, cicatrices kéloïdiennes ; 69, urticaire chronique ; 62, lichen, plaie.

M. VIDAL. Consultation externe le mardi à 9 heures. Clinique au lit du malade le mercredi à 9 heures Scarification des lupus, couperoses, etc., le jeudi à 9 h. 1/2. Traitement des teignes le vendredi à 9 h. 1/2 — Salle Devergée (H.) : 18, ostéomyélite syphilitique du frontal, gomme du poumon ; 26, syphilides papulo-squameuses et ulcéreuses ; 28. syphilides papulo-squameuses psoriasiformes ; 33, syphilis maligne précoce ; 38, clou de Biskra ; 42, lèpre. — Salle Albert (F.) : 6, asphyxie locale des extrémités ; 11, érythème polymorphe vésiculeux ; 14, purpura périodique ; 60, psoriasis ; 74, pamphigus ; 73, eczéma impétigineux de la face. — Pavillon Gabrielle : 6, pityriasis rubra ; 12, ulcère de jambe chez un diabétique.

M. le Pr FOURNIER. — Salle Henri IV (F.) : et salle Saint-Louis (H.). Consultation externe le samedi à 9 heures. Examen des malades nouveaux le lundi. Clinique au lit du malade le mardi à 9 heures. Clinique à l'Amphithéatre le vendredi à 10 heures.

14ᵉ ANNÉE. — 2ᵉ SÉRIE. T. III. Nº 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 AVRIL 1886.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. LEGRAND DU SAULLE.**

Coxalgie hystérique, suite de traumatisme ;

Par M. E. HUET, interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'an dernier, pendant que nous étions interne dans le service de M. Legrand du Saulle, un cas de coxalgie spasmodique survenue chez une hystérique, à la suite d'un traumatisme qui avait eu lieu pendant une attaque. Nous avons pu suivre, pour ainsi dire, jour par jour l'évolution de cette affection et assister à l'apparition des divers symptômes de la coxalgie hystérique, que M. le professeur Charcot à décrite d'une façon si magistrale dans ses cours du trimestre précédent (1).

Nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de rapporter ici cette observation :

La nommée Berg., domestique, actuellement âgée de 25 ans, est entrée à la Salpêtrière, le 17 octobre 1884, dans le service de M. Legrand du Saulle.

Elle est née dans le département d'Ille-et-Vilaine et est restée dans son pays jusqu'à l'âge de vingt ans.

Son père est mort à 35 ans de phthisie pulmonaire. Sa mère est morte à 44 ans d'une affection cardiaque ; elle était rhumatisante; elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts en bas âge, l'un du croup, l'autre à la suite de convulsions ; le troisième, frère de la malade, est bien portant, il est actuellement soldat. D'après les renseignements donnés par la malade et par une de ses tantes il n'y aurait pas d'antécédents nerveux ni vésanique dans la famille, ni du côté des parents directs, ni du côté des collatéraux.

Berg... aurait joui d'une très bonne santé jusqu'à dix-huit ans; elle n'a pas eu de convulsions dans son enfance, a été propre de bonne heure et depuis n'a pas uriné au lit. Réglée à 16 ans, n'a jamais eu d'attaque de nerfs avant l'âge de dix-huit ans. A ce moment elle était domestique, aux environs de Rennes, dans un château où elle était chargée du soin des enfants, lorsqu'elle eut, dit-elle, une grande peur causée par la vue de deux hommes, qui, en l'absence de ses maîtres, tentaient d'escalader le mur du parc où elle se trouvait. En l'apercevant ils prirent la fuite, mais Berg... resta sous le coup de cette émotion et, quelques jours après, elle eut sa première attaque, avec chute, perte de connaissance et convulsions. Depuis lors elle a continué à avoir souvent des crises semblables, et elle dut quitter son service, ses maîtres craignant l'impression que celles-ci pourraient causer sur les enfants dont elle était chargée. Elle resta encore quelque temps à Rennes, où elle fut soignée pendant plus d'une année à l'hôpital, puis elle vint à Paris chez une tante, où elle a demeuré jusqu'à son entrée à Sainte-Anne.

Berg... continua à avoir des attaques assez fréquentes; elle avait mauvais caractère, était très indocile, difficile à vivre, et sa tante se décida à la placer à Sainte-Anne, où elle est entrée le 3 février 1884. Elle y resta huit mois et dans cet intervalle elle eut une fièvre typhoïde grave, mais dont elle s'est bien rétablie.

Transférée à la Salpêtrière le 17 octobre 1884 elle a continué à avoir des attaques à intervalles irréguliers, mais assez rapprochés. Nous n'avons pas eu l'occasion d'assister à une de ses attaques, mais nous l'avons vue plusieurs fois lorsqu'elle venait d'en avoir, et, d'après les renseignements que nous avons recueillis auprès des infirmières, d'après ce que nous a dit la malade elle-même, voici comment les choses se passeraient : Berg... n'a pas d'aura abdominale, mais elle est habituellement prévenue de ses attaques par des palpitations, et une sensation de serrement à la gorge ; elle ressent parfois des battements dans les tempes et entend des sifflements dans les oreilles.

Tous ces phénomènes sont d'ailleurs un peu plus accentués actuellement qu'au moment de son entrée. Puis Berg... pousse un petit cri prolongé, elle perd connaissance et tombe ; elle a alors des convulsions épileptiformes, prédominant dans une moitié du corps ; jamais elle n'a de grands mouvements, jamais elle ne fait l'arc de cercle. Ces convulsions durent peu de temps et Berg... reprend connaissance, ou bien de nouvelles attaques succèdent à la première et forment ainsi une série d'attaques semblables mais n'atteignant jamais un chiffre elevé. Pas ou peu d'écume à la bouche. Berg... se serait mordu plusieurs fois la langue, mais rarement et toujours d'une façon légère. Jamais elle n'a uriné dans ses vêtements pendant ses attaques; jamais elle n'urine au lit. Pas de ronflement à la fin de l'attaque, pas de sommeil ni de somnolence à la suite ; pas de céphalalgie ; la connaissance revient rapidement et d'une façon complète. Cependant il existe parfois un peu de trouble intellectuel passager et disparaissant rapidement. Ajoutons qu'il y a perte du souvenir de ce qui s'est passé pendant l'attaque. Si actuellement le diagnostic : hystérie, est facile, en raison d'un certain nombre de caractères de l'attaque, en raison aussi d'autres accidents franchement hystériques qui se sont présentés depuis l'entrée de la malade et que nous rapporterons bientôt, il n'en a pas été toujours de même, et pendant assez longtemps le diagnostic est resté incertain et il y av[...] lieu de se demander si la malade n'était pas plutôt épileptiq[...] Disons encore que parfois la malade éprouve des étourdis[...]-ments passagers, de véritables vertiges ne durant que quelques secondes.

Voici d'ailleurs le relevé des attaques et des vertiges, tel qu'il nous a été communiqué par la surveillante :

		ATTAQUES	VERTIGES
1884.	Octobre	6	»
—	Novembre	14	»
—	Décembre	6	3
1885.	Janvier	3	1
—	Février	7	»
—	Mars	9	4
—	Avril	4	»
—	Mai	16	»
—	Juin	9	4
—	Juillet	7	17
—	Aout	2	4
—	Septembre	9	10
—	Octobre	13	4
—	Novembre	13	4
—	Décembre	14	2
1886.	Janvier	78	»
—	Février	4	»

L'état de la malade, dans la première moitié de l'année 1885, était le suivant : Berg... est de taille moyenne, robuste, bien constituée. Elle a l'habitus extérieur d'une hystérique, soignée dans sa toilette, dans la façon de se coiffer, recherchant les couleurs voyantes, en particulier les rubans rouges, aimant à attirer l'attention sur elle.

Elle a toujours son caractère difficile, sa même indocilité, se mettant en colère pour un rien, brisant les carreaux de sa cellule, a tenté plusieurs fois d'escalader le mur de la cour où elle se trouve, a essayé à plusieurs reprises de s'étrangler

(1) Charcot, *Sur un cas de coxalgie hystérique*. Leçons recueillies par M. le Dr Marie. *Progrès médical*, 30 janvier, 20 et 27 février 1886.

mais sans se faire jamais beaucoup de mal. Il n'existait pas alors d'anesthésie, pas de points douloureux dans les régions ovariennes, mammaires, dorsale ; pas de points hystérogènes. A la fin de 1884 et dans le courant de 1885 elle a eu plusieurs fois des hémoptysies, bien que les poumons soient sains, qu'il n'y ait aucun signe de tuberculose et qu'il n'existe aucune lésion cardiaque. La menstruation est régulière, elle n'a fait défaut qu'une seule fois dans le mois de juillet 1885 (c'est dans ce mois qu'a débuté la coxalgie hystérique que nous allons rapporter bientôt).

A deux ou trois reprises Berg... a eu des douleurs rhumatismales dans les articulations tibio-tarsiennes, les genoux, les poignets, les épaules; pas dans les hanches. Ces douleurs la tenaient une semaine environ au lit, s'accompagnaient de peu de gonflement. Il n'y avait pas ou peu de fièvre.

C'est dans le mois de juillet qu'a eu lieu le début de la coxalgie hystérique à la suite d'un traumatisme et d'une attaque ; en effet, le 24 juillet 1885, pendant une de ses attaques, Berg... est tombée sur la hanche du côté droit et s'est fortement contusionnée à ce niveau. Malgré les douleurs occasionnées par ce traumatisme, Berg... continua à se lever et à marcher et ce n'est que cinq jours après, le 29, qu'elle resta couchée à la visite du matin et attira notre attention sur sa hanche. Nous avons constaté alors les particularités suivantes : Il existe une large ecchymose au niveau de la région trochantérienne du côté droit, remontant un peu sur la fesse et descendant sur le tiers supérieur de la face externe de la cuisse. La malade accuse de la douleur au niveau du grand trochanter ; cette douleur augmente par la pression et s'étend vers le pli de l'aîne. Berg... peut d'elle-même soulever son pied au-dessus du plan du lit et l'élever à une certaine hauteur, 40 à 50 cent. Les mouvements passifs d'extension et de flexion sont assez étendus, quoique un peu douloureux ; les mouvements d'adduction, mais surtout ceux d'abduction sont moins étendus et plus douloureux. Le membre inférieur est dans la rectitude, il n'y a de rotation ni en dehors ni en dedans. La hanche de ce côté est légèrement déformée, le grand trochanter est un peu plus saillant mais présente son volume normal. On ne sent la tête du fémur ni en arrière dans la fosse iliaque, ni en avant dans le pli de l'aîne. En résumé il n'y a ni fracture ni luxation. Cependant on constate un raccourcissement notable : la malade étant couchée sur le dos et l'axe du corps bien en ligne droite, le talon du côté droit se trouve plus élevé que le gauche de 5 à 6 cent.; mais, si on examine les épines iliaques, la droite est plus élevée que la gauche et la ligne qui réunirait les deux épines iliaques antérieures et supérieures, au lieu d'être transversale, est très oblique de gauche à droite et de bas en haut. Il n'y a pas d'ensellure, mais le carré lombaire du côté droit est dur et contracturé. Il existe de la déformation des plis fessiers : le pli fessier supérieur du côté droit a disparu, l'inférieur seul persiste, mais il est plus transversal et un peu plus accentué; le sillon interfessier est oblique et dirigé de bas en haut, de droite à gauche. La malade peut se tenir debout, marcher seule, mais elle n'appuie à terre, du côté droit, que la pointe du pied, elle boite et dans la marche reste bien moins de temps sur la jambe droite que sur la jambe gauche ; elle ne marche pas en fauchant, mais en traînant la jambe derrière elle.

En résumé, en outre de la contusion qui a laissé cette large ecchymose que nous avons signalée, il existe une contracture des muscles qui entourent la hanche, contracture qui immobilise en partie l'articulation, détermine la légère saillie du grand trochanter et le raccourcissement de tout le membre par l'élévation de l'os coxal. La sensibilité cutanée est normale; la malade sent la piqûre et le pincement également bien du côté droit et du coté gauche, sur toute la surface du corps.

Les jours suivants les choses restent dans le même état; la douleur accusée par la malade siège principalement au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle existe aussi, mais moins forte, dans le pli de l'aîne, au niveau du grand trochanter et en arrière dans la fosse iliaque externe.

8 et 9 *août*. Electrisation faradique des muscles qui entourent la hanche ; la contracture persiste, elle paraît même augmenter ; la malade accuse en plus de la douleur au niveau du genou (à la partie postérieure dans le creux poplité). Dans la nuit Berg... souffre beaucoup de sa jambe, la cuisse se fléchit sur le bassin et la jambe sur la cuisse, mais le membre n'est pas immobilisé dans cette position et le matin nous pouvons le redresser sans trop de difficulté. Il n'y a toujours pas de rotation ni en dehors, ni en dedans. Les mouvements passifs d'extension et de flexion restent assez étendus, les mouvements d'abduction et de rotation de la cuisse en dehors à peu près nuls, les mouvements d'adduction et de rotation en dedans très limités ; lorsqu'on essaie de produire ces mouvements le bassin se trouve entraîné tout d'une pièce, ce que l'on constate facilement en embrassant l'os coxal avec la paume de la main et les doigts et en appliquant le pouce sur l'épine iliaque antéro-supérieure.

La sensibilité reste normale des deux côtés. Le raccourcissement est toujours aussi considérable, dans la station et dans la marche, Berg... n'appuie toujours à terre que la pointe du pied.

11 *août*. M. Féré, auquel M. Legrand du Saulle montre la malade, confirme l'absence de fracture et de luxation et constate le raccourcissement de 5 à 6 centimètres, l'inégalité de hauteur entre les épines iliaques, la déformation du pli fessier, la contracture des muscles et et en particulier celle du carré lombaire. Ce muscle est très dur et empêche de déprimer l'espace compris entre la crête iliaque et les fausses côtes, espace plus restreint du côté droit que du côté gauche par suite de l'élévation de l'os coxal.

On permet à la malade de se lever et de rester sur un fauteuil. Les jours suivants, légère amélioration, la malade marche mieux, elle ne repose plus seulement sur la pointe du pied, mais sur une grande partie de la plante et le deuxième et le troisième jour légèrement sur le talon. La sensibilité reste normale jusqu'au 13 août.

Le 13 *août*, Berg... nous dit qu'elle ne sent plus sa jambe, que celle ci lui paraît être « comme du coton ». L'exploration de la sensibilité par la piqûre, le pincement, le chatouillement, montre qu'il y a anesthésie du pied et de toute la jambe jusqu'au dessus du genou, le reste du côté droit conservant sa sensibilité, de même que tout le côté gauche.

Le lendemain, 14 *août*, l'anesthésie a gagné la cuisse, occupant le membre inférieur tout entier, le membre supérieur et la face restant sensibles.

Le 15 *août*, l'anesthésie s'étend au membre supérieur; enfin le 16, elle est totale du côté droit, ayant gagné aussi la tête et la face; il y a hémianesthésie complète. L'examen du champ visuel montre un rétrécissement très notable à droite, tandis que à gauche il reste très étendu. Le champ visuel des couleurs est également rétréci du même côté, mais la malade se prêtant difficilement à cet examen nous ne pouvons dire s'il y a interversion des couleurs.

18 *août* : L'application de l'aimant n'a rien modifié, ni la contracture, ni l'anesthésie. Il n'y a pas eu de transfert. La métallothérapie, employée les jours suivants (plaques de cuivre, de fer, de zinc, d'étain, placées sur la jambe et sur la cuisse) n'a amené également aucun changement.

Cependant, le raccourcissement diminue spontanément certains jours; de 6 et 5 centimètres, il tombe à 3 centimètres, pour augmenter de nouveau à l'occasion de la moindre émotion ou de la moindre contrariété. La marche et la station debout sont en rapport avec le raccourcissement et le degré de contracture. Quand le raccourcissement est très prononcé, Berg... n'appuie que la pointe du pied ; quand le raccourcissement est moindre, elle appuie aussi la plante du pied, et le talon même arrive jusqu'au contact du sol, mais ne repose toujours que légèrement, la malade prenant principalement son point d'appui sur la partie antérieure du pied. Berg... marche toujours en traînant la jambe derrière elle, repose bien moins de temps sur la jambe droite que sur la gauche ; jamais elle ne se sert de canne. Si l'anesthésie cutanée persiste, l'hypéresthésie des parties profondes au niveau et autour de l'articulation de la hanche persiste également ; il existe toujours de la douleur en arrière dans la fosse iliaque, en avant dans le pli de l'aîne et vers l'angle supérieur et antérieur de l'os iliaque; cette douleur, peu intense lorsque la malade est au repos, augmente par le mouvement, principalement pendant la marche ; elle s'exagère aussi lorsque l'on frappe, même très légè-

rement, sur le grand trochanter, sur le genou, ou sur le talon.

25 *août*. Pendant que nous examinons la hanche malade, nous avons l'occasion d'observer l'influence d'une émotion sur le raccourcissement. Celui-ci n'était tout d'abord que de 2 à 3 centimètres, mais tout à coup, la malade étant contrariée de se trouver découverte, le raccourcissement augmente subitement et la différence de niveau entre les deux talons s'élève à 6 centimètres. En même temps, la main qui explorait la hanche sent les muscles avoisinant cette articulation, et principalement le carré lombaire, se durcir et se contracturer beaucoup plus qu'ils ne l'étaient; les douleurs deviennent également plus intenses. La contracture s'étend même aux muscles de la jambe, le pied droit se place fortement en équin et légèrement en varus, mais cette contracture des muscles de la jambe n'est que passagère et disparaît au bout de quelques instants; la contracture des muscles péricoxaux, au contraire, se maintient, et le raccourcissement reste beaucoup plus prononcé qu'il n'était au début de l'examen; il diminue de nouveau dans la journée et les jours suivants.

2 *septembre* : L'état de la malade est toujours le même; la sensibilité reste abolie dans tout le côté droit.

5 *octobre* : Pendant tout le mois précédent, il y a eu peu de modifications à signaler. La contracture, la douleur et le raccourcissement persistent avec les oscillations que nous avons déjà signalées; la marche et la station debout présentent les mêmes caractères. Cependant, Berg... nous dit que dans le courant du mois sa jambe lui semblait moins lourde, qu'elle ne lui paraissait pas autant comme du coton et qu'elle sentait mieux le sol sur lequel elle marchait. Nous constatons que la sensibilité est revenue dans le côté droit, et que la piqûre est sentie de ce côté presque aussi bien que du côté opposé. Mais l'hémianesthésie reparaît bientôt du côté droit; le 8 octobre elle existe et depuis nous l'avons retrouvée toutes les fois que nous avons exploré la sensibilité.

Le 25 *octobre*, apparaissent de nouveaux accidents, liés à l'hystérie : Berg... se plaint d'uriner difficilement et de souffrir beaucoup en urinant.

26 *oct.* : Elle n'a rendu que 250 cent. c. d'urine en 24 heures.

27 *octobre* : Berg... n'a uriné qu'une fois hier dans la matinée, et n'a rendu que 200 cent c. d'urine; depuis, la rétention d'urine est complète, la malade se plaint d'une grande envie d'uriner qui la fait beaucoup souffrir; le ventre est ballonné, la vessie est distendue et par la sonde nous retirons 500 cent. c. d'urine; ce cathétérisme nous permet de constater en même temps que le col vésical est contracturé, ce qui explique cette rétention d'urine.

28 *octobre* : La dysurie persiste. Berg... n'a uriné que 2 fois et n'a rendu que 250 cent. d'urine. La vessie est moins distendue qu'hier et il n'est pas nécessaire de sonder la malade. La dysurie et l'oligurie persistent jusque vers la moitié du mois de novembre, sans qu'il soit nécessaire cependant de sonder de nouveau la malade; elle rend dans les 24 heures une quantité d'urine variant, suivant les jours, entre 250, 300, 400 et 500 cent.; les mictions sont douloureuses. Ces accidents disparaissent à partir du 14 novembre. Jusqu'au 20 janvier 1886, la coxalgie persiste sans modification notable.

21 *janvier* : Berg... a eu, dans la nuit et dans la matinée, une série d'attaques, et bien que ces attaques s'élèvent à une soixantaine, la température prise ce matin ne présente pas d'élévation sensible (37°,4). La coxalgie n'est pas modifiée à la suite de ces attaques, mais la contracture du col vésical et la rétention d'urine reparaissent. Cette rétention est complète et l'on est obligé de sonder la malade tous les jours jusqu'à la fin du mois.

15 *mars*. L'état de Berg... s'est peu modifié : l'hémianesthésie persiste complète du côté droit; le champ visuel est toujours très rétréci de ce côté; les couleurs sont bien perçues, à l'exception du violet qui est pris pour du noir; le sens musculaire aussi est aboli et la notion de position des membres perdue. Du côté gauche, le champ visuel n'est pas rétréci; toutes les couleurs sont bien perçues, même le violet; pas d'anesthésie; une pression un peu forte détermine de la douleur dans la région ovarienne de ce côté. La coxalgie présente à peu près les mêmes caractères; Berg... accuse une douleur spontanée siégeant au niveau de la crête iliaque, vers sa partie moyenne; la percussion sur le grand trochanter, sur le genou et sur le talon augmente cette douleur qui retentit aussi dans la fosse iliaque externe et vers le pli de l'aine. Le raccourcissement est toujours, en moyenne, de 3 cent. et augmente à la suite d'une contrariété ou d'une émotion. Berg... continue à traîner la jambe lorsqu'elle marche, et elle n'appuie pas sur le talon. Les mouvements sont un peu plus étendus qu'au début; c'est toujours le mouvement d'abduction qui est le plus restreint; il se passe en partie dans l'articulation de la hanche, mais bientôt l'os coxal est entraîné tout d'une pièce.

L'épine iliaque droite est toujours plus élevée que la gauche, le muscle carré lombaire est dur et empêche de déprimer l'espace compris entre la crête iliaque et les fausses côtes.

En somme, si ce n'est que les mouvements qui se passent dans la hanche sont un peu plus étendus, l'état est à peu près le même que dans les premiers temps. (*A suivre*).

ANATOMIE

Contribution à l'anatomie du genou (1);

Par le Dr **Paul POIRIER**, prosecteur à la Faculté.

Tubercules sus-condyliens et fosses sus-condyliennes du fémur. — Insertions supérieures des jumeaux. — Ligament postérieur de l'articulation du genou.

2. INSERTIONS SUPÉRIEURES DES JUMEAUX.

On s'accorde à dire que l'insertion des jumeaux se fait par un gros tendon aplati sur la facette triangulaire, petite et bien marquée, de la face sous-cutanée de chaque condyle. Cependant nos anatomistes indiquent presque tous que le jumeau *interne* naît en outre directement de la partie du fémur qui est située en dedans du tendon d'origine (Sappey) ou d'une surface rugueuse qui termine la bifurcation interne de la ligne âpre (Cruveilhier). Or, cette dernière insertion à la face postérieure du fémur, n'a certainement pas été vue dans sa totalité; tenue pour accessoire, elle me paraît d'importance égale, sinon supérieure à celle qui se fait dans la fossette du jumeau; et cela est vrai, non seulement pour le jumeau *interne* mais encore pour le jumeau *externe*.

Le muscle jumeau interne naît de tout le pourtour de la

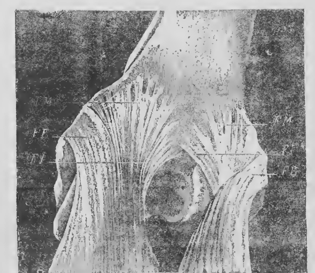


Fig. 35.

fosse sus-condylienne, c'est-à-dire de la facette condylienne et du tubercule sus-condylien par une sorte de *capot tendineux* qui coiffe la saillie condylienne. Cette pyramide ou plutôt cette tente d'insertion est formée de trois faisceaux, qui, divergents à leur insertion fémorale, se rencontrent et se réunissent bientôt derrière la face postérieure cartilagineuse du condyle. — Le faisceau tendineux moyen (*fig*. 35 F.M.) prend son insertion sur toute la surface tuberculeuse

(1) Voir le n° 16.

par de gros trousseaux aponévrotiques que séparent des lobules adipeux, mous et flottants, des vaisseaux, et très souvent des bourgeons synoviaux. De là, ce faisceau descend verticalement et est bientôt rejoint par le faisceau externe (F. E.), né de la fossette condylienne; celui-ci, moins épais, mais plus dense et nacré vient s'unir au faisceau médian en contournant la saillie du condyle par un trajet curviligne. — Un troisième faisceau d'origine complète, l'insertion trifoliée du jumeau interne, c'est le *faisceau interne* (F. I.) : il naît de ce bord interne du tubercule qui se prolonge vers l'échancrure inter-condylienne ; de cette insertion linéaire toutes ses fibres descendent parallèlement en bas et en dedans, formant une sorte de palissade fibreuse qui ferme bien la fosse sus-condylienne de ce côté.

En somme, le muscle jumeau interne s'insère sur un espace osseux de figure angulaire dont le tubercule sus-condylien forme le sommet, et son triple tendon d'origine recouvre la fosse sus-condylienne et le condyle à la façon d'un toit. Les faisceaux médian et interne sont contigus ; l'espace angulaire qui sépare le médian et l'externe peut être occupé par une lamelle tendineuse, mince et perforée, ou par une arcade aponévrotique sous laquelle passent de

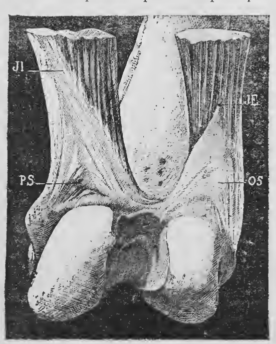


Fig. 36.

petits vaisseaux, quelquefois par la lamelle et l'arcade superposées. — J'insiste sur les trous dont est perforé çà et là le toit tendineux d'insertion du jumeau ; à l'état normal ils laissent passer de petits pelotons adipeux qui sortent et rentrent alternativement suivant les mouvements de la jointure : mais il n'est pas rare d'y rencontrer des bourgeons ou procès synoviaux qui sont l'origine d'une variété de kystes poplités, variété mal connue, si tant est qu'elle ait été signalée. (J'ai eu récemment l'occasion d'en présenter un beau cas à la *Société anatomique*, séance du 26 janvier 1886).

Les faisceaux médian et externe, séparés d'abord, s'unissent bientôt en un tendon commun qui descend très bas sur le bord interne du muscle et qui est séparé du tendon demi-membraneux par une bourse séreuse, *verticale* et constante. Les fibres musculaires naissent de toute la hauteur de ce tendon commun, cependant les plus externes naissent directement et très haut des faisceaux internes du tendon moyen. Les fibres musculaires qui naissent du tendon interne se comportent différemment : ce tendon est formé, comme on sait, d'une haie fibreuse à fibres parallèles : les faisceaux musculaires naissent de ces fibres, à environ 12 à 15 millimètres de leur insertion à l'os, et ils composent ainsi un plan musculaire qui s'applique au corps charnu et descend ainsi, gardant son individualité jusqu'à la partie moyenne du mollet ; pour bien voir ce faisceau interne, formé d'un plan musculaire succédant au plan fibreux, il faut écarter de l'axe poplité les corps charnus des jumeaux ; il apparaît alors avec la plus grande netteté. Le même artifice permettra de voir, sur la plupart des sujets, les fibres tendineuses, grêles en général, qui vont du jumeau interne au ligament postérieur de l'articulation du genou.

Il est un moyen fort simple de mettre en évidence la triple insertion du jumeau ; il consiste à renverser en haut le bout supérieur du muscle coupé transversalement un peu au-dessous de l'interligne articulaire du genou. Pour relever le muscle ainsi coupé, il faut diviser avec le scalpel les adhérences qui unissent ses bords et sa face profonde aux parties fibreuses voisines et sous-jacentes. Le muscle ayant été complètement relevé, jusqu'à ce que sa face postérieure s'applique à celle du fémur, on verra, comme le représente la figure 36, ses faisceaux externe et interne former avec le tendon comme un λ tendineux. La synoviale du genou recouvre cette bifurcation du tendon; elle se déprime ou s'enfonce plus ou moins profondément dans l'écartement de ses faisceaux. Sa conduite, à ce niveau, varie d'ailleurs avec les sujets.

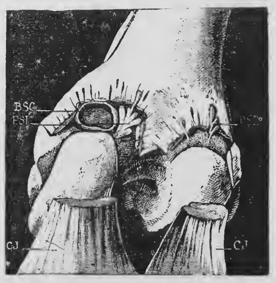


Fig. 37.

Tantot elle passe seulement au devant des tendons et de l'angle qui résultent de leur écartement, se réfléchissant pour aller au bord postérieur cartilagineux du condyle. Dans ces cas, la tente fibreuse d'insertion du jumeau devient une pyramide creuse complètement fermée et la fosse sus-condylienne, transformée en espace clos, loge avec des pelotons adipeux un organe de glissement que Grüber a décrit sous le nom de *bourse séreuse sus-condylienne* (B. S. C., *fig.* 37.). Un peu plus souvent, le feuillet synovial réfléchi présente un ou plusieurs trous (P. S. *fig.* 36), par lesquels la synoviale s'enfonce dans la fosse sus-condylienne pour tapisser la face interne ou profonde des 3 tendons d'origine du jumeau. Mais, dans le plus grand nombre des cas, la synoviale ne se réfléchit pas au-devant de l'angle d'écartement des tendons ; elle s'y enfonce franchement pour gagner la fosse sus-condylienne. J'ai injecté au suif une centaine de synoviales du genou; j'en ai disséqué au moins autant qui n'avaient pas été injectées ; et j'ai pu voir dans les deux tiers des cas, l'existence de ces prolongements de la synoviale (P. S. I. *fig.* 37) ou *procès synoviaux sus-condyliens*. Ils peuvent remplacer la bourse séreuse sus-condylienne ou compliquer la disposition de cette bourse dont la surface, au lieu d'être arrondie se hérisse alors de petits bourgeons synoviaux, ou bien enfin ils existent en même temps

que la bourse, mais sont indépendants d'elle ; ils sont alors situés en général à sa partie interne. J'ai montré à la Société anatomique des exemples de ces diverses variétés.

L'existence et la disposition de ces prolongements de la synoviale du genou, qui peuvent être considérés comme normaux puisqu'ils existent dans plus des deux tiers des cas, éclairera la pathogénie de certains kystes poplités.

L'insertion du jumeau externe rappelle par sa disposition générale et par ses détails l'insertion du jumeau interne. Même origine par un triple tendon s'insérant aux mêmes points des parties péri-condyliennes de l'os. Le faisceau externe, qui va s'insérer à la facette triangulaire de la face sous-cutanée du condyle, paraît l'emporter ici en importance et en solidité sur les deux autres faisceaux, le moyen et l'interne.

L'ostéologie nous permettait de prévoir ce fait en nous montrant le tubercule sus-condylien et la fosse sus-condylienne notablement moins accentués au-dessus du condyle externe. Cependant les faisceaux d'origine, moyen et interne, existentréellement, et s'ils ont échappé jusqu'ici à l'attention des anatomistes, c'est qu'ils sont recouverts, un peu par les fibres musculaires nées du faisceau tendineux externe et beaucoup par le corps charnu du plantaire grêle.

Le plantaire grêle s'insère principalement sur la coque condylienne externe, mais ses fibres les plus superficielles vont s'insérer plus haut, jusqu'à la partie terminale de la bifurcation externe de la ligne âpre, passant et s'insérant sur les faisceaux tendineux internes du jumeau. Lorsque le plantaire grêle est normalement développé, ses fibres supérieures cachent donc les insertions du jumeau externe; il est nécessaire d'enlever complètement le plantaire pour les bien mettre en évidence. Je note encore que ces tendons, une fois découverts, s'engagent sous l'arcade musculaire qui fait suite au tendon externe et ne paraissent pas se continuer avec les fibres musculaires du jumeau ; ils semblent bien plutôt faire partie de la coque condylienne externe avec laquelle ils ont été décrits. Il n'en est rien et il suffit, pour s'assurer que cette continuité est bien réelle, de relever le jumeau transversalement coupé. On verra alors très nettement, comme le montre la figure 36, le tendon qui occupe la face inférieure du muscle se bifurquer en λ tendineux comme le tendon du jumeau interne,

Un peu au-dessus du point de bifurcation l'os séramoide qui occupe assez souvent l'épaisseur du tendon, peut être vu par transparence ; dans l'écartement des deux branches du tendon, la synoviale se déprime et se perfore quelquefois pour former ou une bourse séreuse, ce qui est extrêmement rare, ou des procès synoviaux analogues à ceux que j'ai signalés en étudiant l'insertion du jumeau interne (fig. 37. P. S. E.). Mais ici ces organes de glissement sont plus rares et beaucoup moins développés qu'à l'insertion du jumeau interne. Je ne crois pas que leur présence ait été jamais signalée. Cependant on les rencontre dans un tiers des cas environ; ils peuvent être fort développés et acquérir une longueur de deux ou trois centimètres. Plusieurs des pièces que j'ai injectées démontrent qu'ils peuvent être le point de départ de kystes poplités, au même titre que les procès synoviaux internes.

Ces détails de l'insertion des jumeaux n'ont point surpris le sens anatomique de M. Farabeuf, à qui je les ai montrés. Je lui dois cette remarque instructive : que la plupart des muscles qui vont s'insérer au pourtour d'une articulation douée de mouvements étendus et énergiques, ont une insertion multiple à tendons divergents. C'est ainsi que le demi-membraneux s'insère sur l'extrémité supérieure du tibia par une *griffe tendineuse* disposée de telle sorte que la force du muscle agisse spécialement par l'une ou par l'autre des branches de cette griffe, suivant l'attitude de la jambe. Dans l'extension complète ou presque complète qui correspond à la station debout, la branche directe, c'est-à-dire descendante et verticale est parfaitement et solidement disposée pour transmettre au tibia la force musculaire, il n'en est point ainsi pour la branche qui se réfléchit horizontalement et se repose, pour ainsi dire, dans la gouttière du condyle tibial interne.

Mais lorsque la flexion de la jambe se prononce, pour que l'insertion directe descendante ne coure pas des risques notables de décollement, elle est soulagée, suppléée même, par la branche réfléchie, que la flexion a placée dans le prolongement de l'axe musculaire, et qui devient pour le moment l'unique tendon employé du demi-membraneux.

Ces considérations me paraissent applicables à la triple insertion des jumeaux : bien que leurs tendons soient moins bien séparés que ceux du demi-membraneux, ils n'en sont pas moins nettement divergents, puisque le moyen ou direct continue la direction du muscle, tandis que les deux autres, et surtout l'externe, se portent en avant et sur le côté du fémur, par un trajet curviligne.

Ce mode d'insertion me paraît encore avoir pour résultat de permettre aux jumeaux de conserver leur forme étalée en arrière des saillies condyliennes, quand la contraction tend à rassembler leurs corps charnus. (*A suivre*).

OPHTALMOLOGIE

Conférences cliniques d'ophtalmologie;

Par le Dr X. GALEZOWSKI (1).

Recueillies par le Dr BOUCHER, médecin-major.

CATARACTES CAPSULAIRES.

Ce sont en général des cataractes stationnaires qui peuvent exister longtemps sans gêner la vue du patient; aussi faut-il éviter d'effrayer le malade en leur donnant leur vrai nom qui implique dans le vulgaire l'idée d'une affection grave toujours de même nature et entraînant comme conséquence inévitable une opération. Le mot d'opacité qui ne préjuge rien, me semble mieux adapté, car il n'éveille pas d'inutiles inquiétudes. A ce sujet je vous rapporterai les deux faits suivants :

Une couturière de 34 ans vint consulter un médecin pour une faiblesse de la vue qui depuis quelque temps lui rendait son travail pénible et l'obligeait à des repos fréquents. En l'examinant on découvrit sur son cristallin des opacités légères. On lui déclara que son trouble provenait d'une cataracte commençante qui allait bientôt se compléter et nécessiter une opération. Cette femme, qui par son travail seul soutenait sa famille, tomba à cette révélation dans le désespoir le plus profond et parlait même de se jeter à la Seine. On lui conseilla de venir me trouver. Je reconnus chez elle l'existence d'une forme de cataracte congénitale capsulaire ; les troubles de la vue provenaient de l'hypermétropie et d'un commencement de presbytie. Je la rassurai sur les conséquences de son affection. Je lui affirmai qu'elle n'avait que peu de chose et qu'aucune intervention chirurgicale ne serait nécessaire. J'assistai à une véritable résurrection morale. Cette femme ainsi tranquilisée reprit sa gaité et son travail. Je la revois de temps en temps depuis quelques années. Elle conserve son courage et continue à subvenir aux besoins de sa famille, satisfaite de l'amélioration de la vision que lui a procuré une paire de lunettes bien choisie.

Dans une autre circonstance, l'issue fut plus tragique. Un jeune homme, déjà privé d'un œil depuis son enfance, se présente chez un oculiste de Paris qui reconnait dans l'œil conservé une cataracte capsulaire. Il dit au malade que cet œil est atteint d'une cataracte qui fera des progrès rapides et amènera une cécité, contre laquelle il n'y aura pas d'autre ressource qu'une opération. Le malade rentra chez lui ; mais il était tellement frappé de ce qu'on venait de lui dire, qu'il se suicida dans la soirée.

(1) Voir *Progrès médical*, 1886.

Toute opacité du cristallin est certainement une cataracte, mais il est préférable en pratique de réserver ce nom à celle qui est mûre et opérable, car il y a, je le répète, des opacités stationnaires, jamais progressives, qui ne nécessiteront en aucun cas l'opération. Ce sont surtout les cataractes capsulaires congénitales.

Le cristallin, nous le savons, se compose de trois parties : la capsule enveloppante ou cristalloïde les couches corticales et le noyau. L'enveloppe est doublée à l'intérieur et en avant seulement par un épithélium. Postérieurement il n'y en a plus.

Le cristallin contenu dans la cristalloïde, se trouve placé dans la cupule hyaloïdienne, où il est enchassé, mais non adhérent, comme l'ont démontré les travaux d'Arnold, de Müller, etc. Il est fixé par la succion *ex vacuo*.

Vers la périphérie se trouve le véritable ligament du cristallin, la zonule de Zinn. Elle part de l'ora serrota où elle est en continuité avec la rétine, dont elle semble n'être que la membrane limitante interne; elle se porte en avant en se confondant avec la membrane hyaloïdienne et se divise en deux feuillets dont l'un va se confondre avec la capsule antérieure, l'autre avec la postérieure, circonscrivant au niveau du bord équatorial du cristallin un espace triangulaire qu'on appelle le canal de Potit. Dans cet espace se trouve un liquide transparent, dont l'existence est nécessaire au jeu de l'accommodation. Quand le muscle accommodateur presse sur le cristallin, c'est à travers ce liquide qui transmet la pression et la répartit.

Sur la zonule de Zinn sont collés les procès ciliaires qui forment une saillie entre la zonule et le cercle ciliaire, organe sécréteur. Ils donnent des prolongements descendant vers la partie périphérique du cristallin, se collent sur la zonule de Zinn où ils déposent du pigment. Lorsqu'on éclaire obliquement avec l'ophtalmoscope la partie périphérique, on peut voir chez certains individus des petites opacités pointillées formant un cercle régulier. Ce ne sont cependant pas des opacités réelles du cristallin comme on peut s'en assurer après dilatation ou après avoir fait l'iridectomie. C'est un dépôt de pigment vers le canal de Petit. Dans les autopsies, quand on a détaché la zonule, on voit ces pointillés qui existent sur elle et qui pourraient amener une erreur de diagnostic en faisant croire à des opacités périphériques. Il faut donc connaître cette apparence physiologique.

La capsule avec son dédoublement et son épithélium interne doit être transparente et le reste en réalité dans la plupart des cas comme Malgaigne l'a démontré; mais il est des cas exceptionnels où la capsule subit des modifications.

Si le noyau et le cristallin sont transparents et la capsule seule opaque, on a la cataracte capsulaire pure; si les deux sont pris, on a une cataracte capsulo-lenticulaire.

Les cataractes capsulaires sont rares. En consultant les chiffres de la satistique publiée par Becker, on voit que Pagenstecher l'observa 17 fois sur 1242; Moreu 23 fois sur 260, Hirschberg 3 fois sur 256, Becker 7 fois sur 694, Donders 25 fois sur 1.431. Dans ma statistique je la trouve 85 fois sur 4.776 cataractes et 125.000 malades. Ce chiffre ne comprend que les cataractes capsulaires pures et non celles où il y avait une forme composée capsulo-lenticulaire.

Quelles sont les variétés et les causes de ces exceptions?

Dans la majorité des cas elles sont congénitales. Au centre de la pupille on voit, à la loupe ou à l'éclairage latéral, un, deux, trois, quatre petits points blancs nacrés, luisants; le reste étant intact. C'est la cataracte polaire antérieure congénitale capsulaire. Quelquefois l'opacité ne représente à la surface qu'un point; quelquefois elle fait une saillie suffisante pour projeter une ombre. On la nomme alors cataracte pyramidale.

Comment se produit-elle? Les opinions à ce sujet sont variées.

Becker de Heidelberg, d'après ses recherches, croit qu'elle provient des cellules épithéliales antérieures hypertrophiées et dégénérées. Le produit morbide aurait soulevé la capsule, puis désorganisé.

Nous ne partageons pas son avis, nous voyons en effet la même chose se produire sous nos yeux. Dans l'ophtalmie des nouveau-nés se forment des abcès et des perforations de la cornée. L'ulcère, après que la chambre antérieure est vidée, se met en contact avec la capsule, dépose sur elle un peu de pus. Puis la cicatrisation rétablit la chambre antérieure; mais il reste sur la capsule un petit exsudat qui persistera 6 mois, 2 ans, toujours, formant une cataracte pyramidale qui ne diffère de la congénitale que parce qu'une tache de la cornée nous donne la clef du processus. Aussi comme Arlt, de Vienne, pensons-nous qu'elle est la conséquence d'une perforation intra-utérine de la cornée avec dépôts capsulaires. On admet encore que pendant la période fœtale, le centre de la capsule restant collée à la cornée par arrêt de développement, il se fait un travail inflammatoire dont la trace reste sous forme d'une altération de surface.

Quelquefois l'opacité est située sur la partie postérieure de la capsule et est appelée par opposition à la précédente cataracte polaire postérieure. Elle est constituée par une tache blanche, située au centre de la cristalloïde postérieure, et paraît être un reste de l'artère hyaloïdienne qui pendant la vie fœtale se rend à la partie postérieure du cristallin. On reconnaît sa situation profonde à ce qu'elle se déplace en sens inverse des mouvements de l'œil.

Dans la vie intra-utérine il peut arriver que la membrane pupillaire contracte des adhérences avec la capsule antérieure et y dépose du pigment. Quand cette membrane disparaît elle peut laisser ces dépôts qui constituent la cataracte pigmentaire congénitale. Cette cataracte se présente sous l'aspect d'un pointillé brun dans le champ pupillaire en forme irrégulière. L'iris est tout à fait libre et ne présente aucune déformalité. On peut même quelquefois apercevoir entre les dépôts bruns pigmentaires comme une fine membrane grisâtre. Cette cataracte restera stationnaire pendant toute la vie, ce qui est important pour le pronostic.

La cataracte capsulaire peut être acquise et consécutive à un travail inflammatoire, à une iritis qui a laissé des dépôts pigmentaires. L'iris enflammé contracte des adhérences avec la capsule. Plus tard les synéchies se détachent soit spontanément, soit sous l'influence de l'atropine; mais elles laissent leur trace sous forme de taches pigmentaires, d'où cataracte pigmentaire. Quelques-unes de ces opacités peuvent disparaître par un traitement antiphlogistique approprié; Desmarres en a cité des exemples; mais dans la plupart des cas elles sont définitives. On les reconnait à leur coloration qui est celle du pigment irien et à leur disposition en cercle ou portion de cercle. Souvent des déformations de la pupille aideront encore à poser le diagnostic.

L'iritis peut encore amener une autre forme de cataracte pseudo-membraneuse ou exsudative qu'on appelle aussi fausse cataracte, lorsque des dépôts inflammatoires se font sur la cristalloïde. Ces cataractes lorsqu'elles s'étendent jusqu'au cercle céliaire, ou lorsqu'elles oblitèrent l'orifice pupillaire, troublent la circulation de l'humeur aqueuse et amènent une perturbation dans la nutrition aboutissant tôt ou tard à une opacité lenticulaire.

Une autre variété pigmentaire rare est la cataracte capsulaire verdâtre formée par de petits dépôts couleur émeraude à la surface de la cristalloïde. La lentille elle-même n'est pas modifiée. Quelle est sa nature ? Nous sommes encore réduits à des hypothèses, aucun examen histologique n'ayant encore été fait ; mais nous supposons d'après sa disposition qu'il s'agit là d'une altération particulière des cellules épithéliales de la cristalloïde antérieure.

On s'est demandé s'il pouvait y avoir des cataractes par inflammation de la capsule et s'il existait une capsulite. Les opinions à ce sujet sont très partagées. Iwanoff a vu dans l'intérieur de la capsule des cellules de pus ; il admettait l'inflammation. Mais Becker objecte que ces cellules ne sont pas le résultat d'une inflammation idiopathique, les recherches ayant été faites sur des yeux blessés et énucléés ; Iwanoff a eu affaire à des cellules du pus ayant migré par une blessure. Le pus viendrait du dehors.

La capsule peut-elle s'enflammer ? Parce qu'elle n'a ni vaisseaux, ni nerfs, ce n'est pas une raison pour nier la possibilité de son inflammation. Dans la cornée en effet les vaisseaux ne se forment qu'après l'inflammation développée. Dans certains opérations où nous avons enlevé avec la cristallin la capsule adhérente à l'iris, MM. Leteux, Hache et Baraquer ont trouvé sur cette capsule des vaisseaux, des globules blancs et purulents à la surface. Moi-même j'ai pu en examinant avec une forte loupe voir dans des circonstances exceptionnelles, il est vrai, une vascularisation de la capsule. L'inflammation est donc possible. Mirault d'Angers l'admettait déjà se demandant comment se produiraient sans cela les adhérences de l'iris avec la capsule. Comment en effet pourrait-on comprendre le phénomène d'adhérence entre deux membranes, si une seule s'enflammait ?

Les anciens auteurs ont décrit sous le nom d'aquo-capsulitis une maladie que nous appelons actuellement iritis séreuse et qui est caractérisée par des pointillés sur la cornée qui se produisent aussi quelquefois sur la capsule. Ces pointillés disparaissent en même temps sous l'influence d'un traitement convenable. Ces ponctuations sont blanchâtres, disséminées sur le cristallin et très superficielles. On les voit bien à l'aide d'une bonne loupe, ou du miroir ophtalmoscopique. On peut admettre qu'elles se produisent sous l'influence d'un état général par suite d'une inflammation qui justifie le nom d'acquo-capsulite, se développant simultanément sur la cornée et la cristalloïde antérieure.

La cataracte par traumatisme peut être aussi exclusivement capsulaire. Toute blessure de la capsule se transforme en cicatrice, marquée par une petite opacité. Cette tache peut rester circonscrite ou se généraliser, selon son étendue et l'écartement des bords. Si la plaie est béante, les parties corticales font hernie, s'imbibent du liquide aqueux et se troublent. Cette altération gagnera peu à peu le cristallin en entier, Mais si la plaie n'est qu'une piqûre, elle pourra se refermer par première intention ne laissant qu'une petite opacité qui ne s'étendra pas.

Après l'opération de la cataracte lorsqu'on laisse la capsule dans l'œil, dès que l'incision est faite, ses bords se retractent derrière l'iris et peuvent devenir opaques comme dans toutes les blessures. L'opacité dans ce cas peut aussi être produite par des exsudations de l'iris enflammé, s'il se déclare une iritis ou capsulo-iritis. On appelle cette variété cataracte capsulaire secondaire. Elle reste généralement capsulaire, mais peut aussi jusqu'à un certain point être capsulo-lenticulaire, s'il est resté dans l'œil des couches corticales qui s'opacifieront secondairement, ou qui même subiront, suivant certains auteurs, un certain degré de proliférence.

Chez les vieillards la capsule, qui enveloppe un cristallin cataracté, s'altère quelquefois. Il s'y fait des taches crayeuses ; la capsule offre alors un pointillé blanc qui tranche sur les opacités corticales. C'est l'opacité des cellules épithéliales antérieures qui se combine avec celle des couches corticales et qui produit cette cataracte mixte, capsulo-corticulaire. Dans les cataractes très anciennes, lorsque les couches corticales superficielles sont en partie résorbées et que le noyau est flottant, presque toujours la capsule est également opaque par suite de la dégénérescence des cellules épithéliales.

Donc, en résumé, nous pouvons diviser les cataractes capsulaires en :

Cataractes capsulaires.	Congénitales polaires.	Antérieure. Postérieure.
	Pigmentaires	Congénitales. Acquises.
	Pseudo-membraneuses, exsudatives.	
	Inflammatoires	Par capsulite. Ponctuées.
	Traumatiques.	
	Secondaires.	
	Par dégénérescence epithéliale.	

(*A suivre*).

PATHOLOGIE INTERNE

Anosmie. — Ageusie. — Psoriasis buccal ;

Par le Dr NEGEL, professeur à la Faculté de Médecine de Jassy (1).

Mme X..., âgée de 38 ans, a présenté pendant le mois d'avril et de mai de l'année 1885, une perte complète et totale de l'odorat et du goût ; il existait aussi des plaques de psoriasis buccal localisées principalement sur la face dorsale de la langue. Nous n'avons pas pu savoir exactement si ces lésions ont précédé l'anosmie. Quoiqu'il en soit, le goût manquait totalement, tant pour les substances amères (coloquinte), que pour les substances sucrées ou salées ; l'odorat aussi avait disparu, car ni l'asa-fœtida ni l'ammoniaque n'étaient senties par la malade ; malgré cela, la muqueuse linguale ainsi que la membrane pituitaire avaient conservé leur sensibilité tactile. Tous les autres sens étaient normaux.

La malade est un peu nerveuse sans qu'elle ait jamais présenté des phénomènes certains et nets d'hystérie. Il y a déjà trois ans, et même l'année dernière, Mme X... s'est plainte d'une grande faiblesse des membres inférieurs ; de temps en temps elle accuse des douleurs rhumatismales dans les différentes articulations et depuis quelques années elle présente aussi une exagéra-

(1) L'auteur croit devoir employer plutot le mot *ageusie* (ἀ privatif, et γεῦσις, gout) que le mot *ageustie* (de ἀγευστία), qu'on trouve seul dans le dictionnaire de Littré et Robin (1878) (Marc. B.).

tion de la sécrétion sudorale sur toute la surface du corps (principalement à la face) même pendant l'hiver.

Dans les antécédents, nous ne trouvons rien d'héréditaire, si ce n'est des phénomènes hystériques peu marqués du côté de la mère et transmis d'une façon très nette à deux filles, sœurs de la malade.

Ce qui est plus intéressant, c'est de démontrer si l'anosmie présente quelque rapport avec le psoriasis et d'en reconnaître la cause déterminante. Ayant lu une observation de M. C. Paul, publiée dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique*, n° 11, 1885, sur l'*anosmie*, nous trouvons l'arthritisme parmi les antécédents. A propos de ce cas, M. Féréol prétend qu'il pourrait être placé entre la paralysie hystérique et la paralysie saturnine, car une dame qu'il a soigné étant atteinte d'anosmie, a succombé avec des accidents d'encéphalopathie saturnine provoquée par la teinture des cheveux.

D'après ce que nous avons dit plus haut, Mme X... présentait un psoriasis lingual, et on pourrait supposer que c'est cette affection qui était la cause de l'anosmie ; mais, ainsi que le prétend M. Debove, dans un travail publié en 1873, dans le psoriasis lingual le plus souvent le goût n'est ni altéré ni diminué. Le même auteur prétend que, les lésions du psoriasis étant très prononcées, il doit exister une altération du goût, mais non pas de l'odorat qui, au contraire, persiste. D'un autre côté, dans notre cas, le psoriasis ne présentait aucune gravité. En ce qui concerne le psoriasis lingual, nous devons rappeler que cette affection est très rare chez les femmes, et Mme X... ne présentait aucune cause directe (tabac, syphilis), qui puisse expliquer son apparition.

Nous trouvons dans les antécédents personnels une cause générale : *l'arthritisme*, et on ne peut expliquer l'apparition du psoriasis que de la façon suivante : Mme X... étant enceinte et par suite la sécrétion salivaire étant exagérée, il faut y ajouter une autre cause : l'irritation du mercure absorbé par la peau et éliminé par la salive (Mme X..., ayant présenté quelques éphélides sur la face, avait l'habitude, en effet, d'essayer leur disparition avec des frictions de sublimé corrosif). *Ces deux causes ont agi sur un terrain arthritique.* En conséquence, la diathèse arthritique s'est manifestée à l'endroit où elle a trouvé une cause directe, c'est-à-dire une irritation continue.

En ce qui concerne l'anosmie, c'est un peu plus difficile à expliquer ; ainsi à l'examen de l'appareil olfactif externe, on ne trouve aucune lésion ; de même du côté des centres nerveux ; pas de coryza chronique ; enfin aucune autre cause perceptible en dehors de l'hystérie. L'anosmie a duré environ deux mois et son apparition de même que la disparition se sont produites lentement. Dans notre observation nous croyons que l'anosmie est d'origine nerveuse et que nous avons affaire à une anesthésie olfactive, qui se distingue nettement de l'anesthésie tactile de l'intérieur des fosses nasales ; nous pouvons en dire autant de l'anesthésie gustative, qui a coïncidé avec l'anosmie, car Mme X... qui est actuellement complètement guérie de son psoriasis, a été atteinte de nouveau au mois de septembre d'anosmie accompagnée d'ageusie. Ces deux derniers phénomènes sont réapparus au commencement de cette année. Il est probable qu'ils sont provoqués par quelques chagrins causés par la vie conjugale.

En résumé, ce qui nous a décidé à publier notre cas sont les réflexions suivantes : premièrement, la malade présentait un psoriasis lingual, lequel est très rare chez les femmes, et comme nous l'avons déjà dit, peut se produire dans des circonstances particulières (arthritisme, ptyalisme) ; enfin, l'anosmie et l'ageusie, que nous rattachons à l'hystérie, disparaissant sans traitement et existant seules sans aucun autre phénomène nerveux que l'exagération de la sécrétion sudorale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les concours d'agrégation en médecine.

Nous avons insisté, à deux reprises, sur les effets funestes des concours d'agrégation en médecine (1). Nous avons montré que l'unique résultat de ces épreuves trop multipliées qu'on impose aux candidats était la perte d'un temps précieux pour la science. Quatre mois d'un concours énervant, plusieurs années d'une préparation puérile et sans portée qui aboutit à l'épuisement et à la stérilisation des meilleurs esprits ; voilà le fruit de cette belle institution que l'Europe ne nous envie pas.

Il ne sera pas inutile, à la fin du concours que beaucoup de nos lecteurs ont pu suivre, de revenir encore une fois sur cette question capitale pour notre enseignement supérieur. Trop heureux si nous pouvions éveiller l'attention des hommes de progrès qui ont souci de l'avenir de notre pays ! car nous avons peu l'espérance d'émouvoir la gent ministérielle et officielle que la routine endort et ferme à toute idée nouvelle. Peut-être un jour l'opinion sera-t-elle assez puissante pour imposer une réforme qu'il ne faut pas demander à l'initiative des hommes en place, toujours satisfaits. Si l'on prenait l'avis de chaque professeur de la Faculté, en dehors de toute assemblée régulière et officielle, peut-être trouverait-on une majorité favorable aux réformes que nous préconisons. Si vous consultez le *Corps sacro-saint* réuni en conseil, n'attendez rien de son inertie et de son orgueil. La robe rouge et le titre de Professeur de la première Faculté du monde grisent les meilleurs et leur voilent les abus et les dangers de la situation actuelle (2). Allez dire à des hommes comblés d'honneurs et de titres que tout n'est pas pour le mieux, c'est presque leur faire injure, c'est à coup sûr piquer leur amour-propre et leur susceptibilité de princes de la science ! Qui parle de réformes, diront ces hommes arrivés ? — Des intrus, des fruits secs, des ratés. Non, Messieurs, ceux qui osent élever la voix quand vous gardez le silence, ne sont pas tous des hommes aigris par des échecs personnels, des envieux, des jaloux, des impuissants. Il en est qui n'ont rien à attendre pour eux-mêmes des innovations qu'ils réclament dans l'intérêt de tous. Si jamais réforme fut nécessaire et urgente dans la situation précaire de la médecine française, c'est bien celle que nous demandons au patriotisme du grand maître de l'université et du Conseil supérieur de l'instruction publique. Il est avéré que les concours d'agrégation en médecine, tels qu'ils fonctionnent aujourd'hui, ne répondent plus aux nécessités de la situation. Loin d'élever le niveau des pro-

(1) *Progrès médical*, 19 sept. et 5 déc. 1885.
(2) Il y a des exceptions... et des plus honorables.

fesseurs de nos facultés, ils sont de nature à l'abaisser; loin de favoriser la production scientifique, ils l'entravent d'une façon absolue et ils mettent nos savants dans des conditions d'infériorité vis-à-vis des savants étrangers.

Nous voulons aujourd'hui prévenir quelques objections que les partisans arriérés du concours ne manqueraient pas de nous faire et montrer que ce concours n'offre pas une base suffisante pour le recrutement des Professeurs.

A ceux qui demandent la suppression pure et simple du Concours d'agrégation, on répond par des exemples qui peuvent se résumer ainsi : quand il n'y aura plus d'épreuves, M. X..., gendre de M. Z..., M. Y... fils de M. T..., M. W..., neveu de M. U... seront nommés. Or, MM. X... Y... W... sont des hommes insuffisants qui n'auraient jamais osé affronter la leçon publique. En d'autres termes, le concours met un frein aux excès du népotisme. Il faut donc discuter un peu cette question du *népotisme* qu'on nous objecte. D'avance nous déclarons qu'il n'y aura dans notre pensée, et autant que possible dans notre langage, aucune allusion personnelle. Nous n'en voulons pas aux hommes qui ont du bon et du mauvais, mais à une institution qui, telle qu'elle est, a des conséquences fâcheuses, le *concours d'agrégation*.

Il est certain que le *népotisme* a joué, joue et jouera un très grand rôle à la faculté de médecine de Paris. Mais ce mal qu'on peut chercher à pallier, qu'on ne guérira jamais, ne règne-t-il pas ailleurs? Est-il banni des Facultés étrangères? Empêche-t-il chez nos voisins la marche incessante du progrès? Nous ne le croyons pas et nous faisons aisément notre deuil de ce fléau qui prend sa source dans les entrailles mêmes de l'humanité et qu'on ne saurait extirper. Nous concédons que les épreuves publiques sont de nature à arrêter les fils, gendres, neveux, etc., qui sont insuffisamment pourvus d'intelligence. Mais nous prétendons qu'il n'est pas besoin d'un grand nombre d'épreuves pour les éloigner, et qu'une seule suffirait. Une leçon de trois quarts d'heure, la discussion d'un exposé des titres d'une heure dans le grand amphithéâtre de la faculté, un *cours public* fait pendant un semestre *au moins*, seraient des obstacles infranchissables pour les nullités dont nous parlons, et le concours ainsi modifié et réduit n'aurait plus que de légers inconvénients. Nous sommes convaincus que la Faculté de médecine compte plusieurs de ses professeurs les plus éminents qui ne sont pas loin d'approuver un tel programme.

Si les nullités renoncent d'avance à une lutte impossible, il n'en est pas de même des médiocrités qui, si elles ont à leur actif des appuis et des alliances, passent à travers les épreuves les plus difficiles sans perdre rien de leurs chances, tant l'impulsion qui les porte est efficace et sûre. Or les médiocres, les insuffisants devraient rester à la porte de la faculté quand tous les hommes de talent n'y peuvent pénétrer. X... est arrivé d'emblée à l'agrégation; Bazin a échoué malgré ses qualités géniales. Il est vrai que X... avait de puissants protecteurs; Bazin n'avait que des angles et manquait de cette souplesse d'échine indispensable aux candidats. Il faut voir si le concours qui laisse passer les insuffisants ne serait pas fermé à bon nombre d'hommes de talent sans alliances et sans protections. Malheureusement il en est ainsi dans beaucoup de cas et il ne saurait en être autrement si le concours d'agrégation est maintenu avec ses imperfections actuelles. Pour la section de médecine et médecine légale de la Faculté de Paris, *quatre places* seulement sont mises au concours tous les trois ans. Le nombre des candidats atteint 17 (chiffre du dernier concours); il atteindrait 20 et 30 si les places étaient moins rares. Nous connaissons au moins trois candidats parfaitement qualifiés pour être agrégés, médecins des hôpitaux, qui n'ont pas daigné se faire inscrire pour l'unique raison d'un insuccès certain d'avance. Et cependant ces 20 candidats qui se disputent les 4 nominations susdites, presque tous médecins des hôpitaux, ont une valeur incontestable et incontestée. La Faculté aurait tout à gagner à leur ouvrir ses portes; elle en laisse passer quatre, elle repousse impitoyablement tous les autres en dépit de leurs titres et de leur talent.

Tout candidat, s'il ne peut d'avance tabler sur deux professeurs (1), sera battu et n'arrivera jamais à l'agrégation. Nous pourrions en citer plusieurs qui ont fait deux et trois concours (deux et trois thèses d'agrégation) et qui, de guerre lasse, ont fini par se retirer d'une lutte impossible. Il faut, en effet, se préparer de longue main, dès l'internat, dès l'externat même, à ces terribles compétitions. Voici la recette pour devenir agrégé : La préoccupation constante du futur candidat, de celui que sa naissance ou son ambition prédestine aux sommets, doit être, non pas de se faire des titres scientifiques, mais d'approcher les hommes puissants, de les entourer, de capter leur confiance et leur amitié. Malheur à celui qui négligera la faveur de ces maîtres qui tiennent dans leurs mains le sort de tous les candidats ! L'étudiant bien dirigé, qui a du flair, de la diplomatie, beaucoup d'habileté, peut arriver ainsi à la fin de son internat à avoir deux ou trois professeurs; ajoutez la médaille d'or, le clinicat, et vous arrivez à un total de cinq à six professeurs pour les plus favorisés. Avec cela, on arrive à tout. On nous dira que les professeurs sont des hommes intelligents qui n'acceptent et ne protègent que les élèves dignes d'eux. Il en est ainsi le plus souvent; mais l'amitié est parfois aveugle, comme l'amour, et les meilleurs maîtres sont ceux qui, à l'exemple de Béhier, Lasègue, etc., protègent tous leurs élèves sans exception.

Nous avons dit que nous ne verrions pas grand mal à cela et que nous nous résignerions à faire la part du népotisme si l'on voulait bien aussi faire la part du talent et de la valeur personnelle. Il est déplorable de voir rester sur le carreau une foule de médecins distingués qui devraient avoir leur place marquée à la Faculté. Ces victimes du concours deviennent de jour en jour plus nombreuses et il est temps d'élever la voix en leur faveur.

Nous avons mis le doigt sur la plaie, nous devons indiquer le remède.

Quatre places d'agrégés tous les trois ans, c'est trop peu pour une vingtaine de candidats émérites. Ce chiffre

(1) Un seul professeur, s'il est très influent, peut suffire à la rigueur.

modeste autrefois suffisant, avant l'extension immense prise par la Faculté de Paris, est aujourd'hui absolument dérisoire. Le nombre des chaires ayant été augmenté depuis dix ans sans qu'aucune modification parallèle ait été apporté au concours d'agrégation, il en résulte que tout agrégé, s'il se tient bien et s'il ne verse pas trop dans la réclame et les tripotages pharmaceutiques, est sûr d'être professeur un jour. Si la limite d'âge est adoptée, la certitude d'être professeur devient absolue pour un agrégé en médecine. Il en résulte que le choix des professeurs porte sur une base restreinte, et qu'une chaire peut même rester vacante pendant des mois, une année, avant la désignation d'un titulaire suffisammont qualifié. Cet inconvénient n'existerait pas, si la présentation aux chaires vacantes pouvait comprendre des candidats pris en dehors de la classe des agrégés. La Faculté est absolument fermée et jamais elle n'appellera dans son sein un élément étranger, fût-il un Bernard, un Duchenne (de Boulogne), un Pasteur.

La conséquence est aisée à déduire : un grand nombre d'hommes de talent qui honoreraient la Faculté n'en font pas partie ; par contre, un certain nombre de médiocrités qui ne jettent sur elle aucun lustre, l'encombrent et la dirigent dans la voie de la routine et des errements quo nous combattons.

Veut-on anéantir ces abus, il faut ouvrir largement les portes de la Faculté ; supprimez ou gardez le concours, conservez-le intégralement ou réformez-le, mais augmentez dans des proportions considérables le nombre des agrégés ; faites place à tous les talents d'où qu'ils viennent ; nommez 20, 30 agrégés en médecine tous les trois ans au lieu de quatre.

Vous abaisserez le niveau, cela est vrai ; vos agrégés ne seront plus que des sortes de *privat-docenten* ; mais dans cette nombreuse phalange qui comprendra, du moins, tous les bons éléments, si elle en comprend do mauvais, les hommes de valeur se révèleront bientôt et vous recruterez les professeurs de la Faculté dans l'élite tout entière des médecins français.

Voilà un des moyens de relever notre vieille Faculté décadente; voilà dans quel sens intelligent et libéral il faut aborder la réforme de l'agrégation. Il est bien d'autres arguments que nous aurions pu citer à l'appui de ces innovations ; nous en parlerons dans un prochain article et nous démontrerons la nécessité de la spécialisation des agrégés à la Faculté de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. PASTEUR lit uno note complémentaire sur les résultats de l'application de la méthode de *prophylaxie de la rage après morsure*. Une analyse de cette communication a été donnée dans notre dernier numéro.

M. A. CHARPENTIER étudie le *contraste simultané* : le phénomène consiste, on le sait, en ce qu'aux environs d'une surface colorée quelconque tend à se produire la sensation d'une couleur complémentaire. Ce phénomène a lieu même lorsque la surface colorée est dans une complète obscurité; il y a donc une véritable excitation lumineuse dans les régions de la rétine ne recevant pas de lumière extérieure. Le phénomène nerveux de la perception d'une couleur de contraste doit avoir un autre siège que le phénomène de la sensation lumineuse directe, probablement un siège plus spécialement psychique ou idéatif. D'après M. Charpentier, les couleurs de contraste seraient des couleurs induites.

M. V. FELTZ fait connaître les résultats de ses recherches sur le *pouvoir toxique des urines fébriles*. Les accidents dits urémiques, depuis les premiers efforts d'élimination suivis ou non d'effets jusqu'aux phénomènes nerveux convulsifs, toniques ou cloniques, conduisant toujours au coma et presque toujours à la mort, se montrent beaucoup plus vite que lorsqu'on emploie des urines normales. Le pouvoir toxique des urines normales étant représenté par 1, celui des urines fébriles le serait par 2 ou 3 ; il est loin d'obéir à la loi de proportionalité des densités. Il y a ainsi dans les urines pathologiques fébriles des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales ou qui ne sont représentés dans ces dernières que par des quantités très faibles.

MM. POUCHET et DE GUERNE, examinant le contenu de l'estomac d'un certain nombre de *tortues marines*, ont reconnu que, contrairement aux descriptions données par les auteurs, l'alimentation de ces tortues est plutôt animale qu'herbivore. Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GRÉHANT.

M. POUCHET, revenant sur une précédente communication de M. d'Arsonval, dit ne pas souscrire à l'opinion de cet auteur qui assimile la succession des segments interannulaires d'un tube nerveux à une série d'éléments de pile, car, dans la circonstance, ce n'est pas la myéline, mais bien le cylindre axe partout continu à lui-même qui est l'agent de la conductibilité.

M. Ch. FÉRÉ communique une note sur l'*action physiologique des vibrations du diapason*, dans laquelle il montre que l'intensité de l'action est en rapport avec l'amplitude des vibrations. Plusieurs expériences établissent que ce qu'on l'on désigne sous le nom d'*action d'arrêt*, peut s'expliquer par un *épuisement* consécutif à une excitation dont on avait négligé d'enregistrer les effets.

M. ŒSCHNER DE CONINCK envoie une note confirmative de l'opinion de M. Gréhant sur l'élimination do l'oxyde de carbone en nature.

M. DUPUY dit que, lorsqu'on met à nu le cerveau d'un chien et qu'on fait couler de l'eau très chaude à sa surface on observe tous les phénomènes d'inhibition décrits par M. Brown-Séquard sous le nom d'arrêt des échanges : le sang est partout rosé, le cœur bat très faiblement, la respiration s'effectue à peine : toute trace de sensibilité a disparu.

M. CERTES rappelle que, dans une précédente communication, il avait montré le profit qu'on pouvait tirer de certaines substances colorantes à faible dilution pour examiner ultérieurement la structure de certains infusoires. Malheureusement, ceux-ci ne tardaient pas à mourir lorsqu'on les laissait quelque temps dans leurs milieux ordinaires semblablement colorés. En modifiant légèrement la technique et en ajoutant une dose de 1/1000 de bleu C^2 B, il a pu entretenir la vie ; l'élection de la matière colorante qui se fait alors sur certaines parties de ces animalcules, les vorticelles par exemple, permet d'observer des détails de structure tout particuliers. Il a coloré de cette façon des huîtres de manières différentes.

M. DEJERINE remet une note de M. DE SOUZA sur la *réfrigération du corps humain et sur les moyens méthodiques de la prévenir*.

Le même auteur poursuit, depuis trois années avec M. Vulpian, des recherches sur la *paralysie radiale par compression*. Leurs investigations ont porté sur six cas d'une durée moyenne ordinaire de 5 à 6 mois avant la restitution *ad integrum*. Il existe dans cette paralysie un

fait qui est resté jusqu'à présent inexpliqué. Lorsqu'on examine électriquement le nerf, on remarque qu'au-dessous du point où porte ordinairement la compression, l'excitabilité pour les courants faradiques reste constante. Immédiatement au-dessus, cette excitabilité est complètement abolie. Et pourtant, il n'existe pas trace d'atrophie des muscles innervés par le radial sauf toutefois en ce qui regarde le long supinateur, dont la diminution de volume est constante au point qu'il présente parfois la réaction caractéristique dite de dégénérescence. La sensation subjective qui rapporte à la périphérie les excitations centrales du tronc nerveux est également abolie. En l'absence d'autopsie, on est réduit à des hypothèses pour expliquer ces faits. Peut-être la lésion n'est-elle pas aussi limitée qu'on le pense et les altérations remontent-elles jusqu'aux origines du nerf.

M. Brown-Séquard dit qu'il s'agit là de phénomènes d'inhibition. Une excitation insuffisante pour produire la dégénération suffit au contraire pour produire des troubles de nature dynamique.

M. Déjerine, en réponse à une demande de M. d'Arsonval, dit qu'il n'a pas examiné le tonus musculaire à l'aide des appareils microphoniques. Il se pourrait bien d'ailleurs qu'une partie de ce tonus persistât, car la contractilité trophique existe encore à proprement parler, alors que la contractilité vraie n'existe plus.

M. Pouchet a pu, grâce à des expériences réalisées dans une expédition scientifique à travers l'Atlantique par M. le prince héréditaire de Monaco, trancher la question encore en litige de l'alimentation des tortues marines. On pensait jusqu'alors que ces animaux avaient une alimentation exclusivement végétale. Il n'en est rien, car dans les débris de toute sorte qu'on a trouvés dans leur estomac, on a constaté la présence de poissons, de crustacés, etc. On a même trouvé des anatifes qui poussent non seulement sur tous les corps flottant à la surface de la mer, mais encore sur le corps des tortues, ainsi que le prouvent les cellules constitutives de l'écaille qui leur adhéraient encore. Ces animaux portent donc sur leur dos même une véritable réserve alimentaire.

MM. Quinquaud et Laborde ont étudié l'action de *l'hypnone* sur le sang. Il résulte de leurs recherches confirmatives d'expériences entreprises antérieurement par M. Laborde que l'hypnone n'est pas à proprement parler un médicament hypnotique, mais bien plutôt un médicament asphyxiant.

M. Regnard a entrepris au moyen de son appareil enregistreur des fermentations l'étude de l'action de la lumière, la chaleur, le magnétisme, l'électricité sur ces phénomènes. L'électricité statique reste sans effet ; l'électricité de quantité tue le protoplasma de la cellule de levûre ; la lumière les exagère ; le magnétisme les arrête lorsqu'il est très puissant. Au-dessous de 40° C., les fermentations ne se font plus.

M. Laborde explique le mécanisme du deuxième temps de la déglutition. Pendant la première période de ce deuxième temps le voile du palais se relève et se tend; puis il s'abaisse et, ainsi que l'a montré Fiaux, les piliers postérieurs se resserrent alors à la façon d'un véritable sphincter.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Robin. Au premier tour de scrutin, sur 68 suffrages exprimés, M. Ranvier obtient 50 voix, M. Voisin 17, et M. Grancher 1 voix. En conséquence, M. Ranvier est élu membre de l'Académie de médecine.

M. Brouardel fait une communication sur une note de M. Lafont relative à la digitaline française et la digitaline allemande. Ces deux produits, on le sait, ne sont pas identiques et n'offrent pas les mêmes réactions. Seule, la digitaline française présente les caractères réclamés par le codex. Ainsi s'expliquent les différences observées entre les deux produits et les divergences des auteurs au sujet de l'action physiologique de ce médicament. De plus, le produit vendu par la maison Merck sous le nom de *digitoxine* ne serait autre chose que la digitaline française, tandis que le produit fourni par la même maison sous le nom de digitaline, ne contiendrait pas la moindre trace de cette substance.

M. Javal donne lecture d'une note sur les dangers de l'emploi de la cocaïne sur les yeux glaucomateux. Une expérience a permis à M. Javal de constater que, comme l'atropine, la cocaïne amène une aggravation du mal dans le glaucôme. Il a vu un demi-milligramme de cocaïne produire une forte obnubilation et une dureté très marquée sur un œil dans lequel il n'existait que des phénomènes prodomiques très légers et où le diagnostic de glaucôme pouvait paraître douteux ; les accidents ne cédèrent qu'à l'emploi immédiat de doses énormes d'ésérine. Les fâcheux effets de la cocaïne sur le glaucôme ont été constatés en même temps en Allemagne de deux côtés différents, ce qui porte à trois le nombre des observateurs ayant été témoins des dangers de la cocaïne dans le glaucôme. M. Javal recommande pour remplacer les collyres dans certaines circonstances, les rondelles gélatineuses qui permettent d'avoir toujours les alcaloïdes à l'état de pureté et d'en pouvoir toujours conserver avec soi.

M. Béchamp continue l'exposé de sa théorie sur les microzymas et leur rôle dans les phénomènes de la vie et de la nutrition. Il résume son discours en un certain nombre de propositions dont voici les principales : l'intérieur des corps vivants n'est point quelque chose de passif plus ou moins comparable à un vase rempli de matières fermentescibles et il n'y a pas primitivement de germes morbifiques dans l'air; l'organisme vivant est actif dans toutes ses parties grâce aux microzymas ; il ne contient pas de microbes, mais bien des microzymas qui, dans certains cas et dans certaines régions peuvent devenir ce qu'on a appelé improprement des microbes ; les microzymas formant successivement les cellules, les tissus et les organes, changent de fonctions avec chaque organe ; ils peuvent même devenir vibrioniens et donner naissance aux maladies contagieuses, infectieuses et virulentes ; les microzymas morbides peuvent être cultivés comme à l'état sain ; ils peuvent perdre leurs propriétés morbifiques par la culture ou par l'application de température convenable ; ils peuvent redevenir sains et c'est en cela que consiste le retour à la santé ; les antiseptiques sont utiles pour empêcher l'évolution des microzymas.

M. Hergott (de Nancy) ne pense pas que la théorie microbienne puisse rendre compte de tous les faits de la pratique et cite un fait de fièvre puerpérale où le rôle du microbe est bien difficile à préciser. Il admet comme facteur puissant et indispensable à l'activité du microbe, les conditions d'être du sujet contaminé ; ces conditions particulières dans lesquelles le sujet doit être placé seraient peut-être, pour lui, favorisées par un développement excessif de ces alcaloïdes toxiques dont les travaux de M. Gautier viennent de nous démontrer l'existence et l'importance.

M. Duguet donne lecture d'une note faite en collaboration avec M. J. Héricourt sur la *nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène.*

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 févier 1886. — Présidence de M. Cornil.

12. Suppuration développée à l'intérieur d'un cancer du sein non ulcéré, par E. Kirmisson.

La suppuration d'une tumeur cancéreuse en dehors de toute trace extérieure d'inflammation, de toute ulcération de la tumeur, est un fait assez rare pour que nous rapportions l'observation suivante :

Une femme âgée (plus de 70 ans), portait, au sein droit,

une petite tumeur développée au niveau du mamelon et remontant un peu au-dessus de lui. Il n'y avait aucune trace d'inflammation du côté de la peau, ni épaississement, ni rougeur ; pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle; point d'adhérences de la tumeur, soit avec la peau, soit avec les parties profondes. Un léger suintement séreux se faisait par le mamelon. Une fois l'ablation de la tumeur pratiquée, on ne fut pas peu surpris de voir, sur une coupe transversale pratiquée à travers son tissu, une cavité du volume d'une grosse noisette, siégeant à quelque distance du mamelon, et remplie de pus. Il y avait huit à dix jours seulement que la malade s'était aperçue de l'existence de la tumeur, aux douleurs qu'elle avait ressenties dans le sein. Il est permis de se demander si la suppuration du néoplasme n'avait pas coïncidé avec le début des douleurs.

L'examen microscopique de cette tumeur a été fait par M. R. Durand-Fardel. Sur une coupe portant sur la paroi de la cavité suppurée et le tissu avoisinant, on remarque les faits suivants : la paroi est formée de tissu conjonctif infiltré de leucocytes. Plus en dehors, on trouve des alvéoles remplis de cellules volumineuses, caractéristique du carcinome, autour desquels il y a une grande quantité de cellules lymphatiques, formant une zone épaisse; ces cellules se retrouvent en assez grand nombre au milieu des alvéoles. Dans d'autres points, on voit des conduits galactophores entourés également d'une couche de leucocytes qui leur forment une sorte de manchon ; tous les culs-de-sac glandulaires visibles sur la coupe sont entourés de la même zone inflammatoire. On a affaire là à un carcinome alvéolaire, avec une suppuration qui semble s'être propagée le long des conduits galactophores depuis leur abouchement dans le mamelon, jusque dans la profondeur de la glande.

13. Tumeur énorme de la prostate; par M. Le Roy, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 62 ans, entre le 10 février 1886, salle Saint-Pierre lit n° 30 (service de M. Le Fort).

Le malade a été apporté mourant à l'hôpital ; on ne peut en obtenir aucun renseignement ; il meurt le même jour, quelques heures après son entrée, sans avoir rien présenté de particulier.

L'Autopsie, pratiquée 36 heures après la mort, permit de constater ce qui suit : Les *poumons* sont à peu près normaux, sauf un petit nodule fibreux au sommet droit, et quelques adhérences pleurales de ce même sommet. Le cœur paraît normal ; les valvules sont saines ; un caillot fibrineux mou part du ventricule gauche et se moule dans la crosse de l'aorte, ainsi que dans l'origine des gros troncs qui en partent, sans toutefois les remplir entièrement. Le *cerveau* est normal.

Le tube digestif, jusqu'au rectum, ne présente non plus rien de particulier à signaler.

Toutes les lésions importantes ont pour siège l'appareil urinaire. A l'ouverture de l'*abdomen*, en effet, on rencontre une vessie volumineuse, remontant à peu près jusqu'à l'ombilic. Pour enlever plus commodément les organes urinaires, la vessie est incisée sur sa face antérieure ; il s'en écoule 3/4 de litre environ d'urine un peu trouble, puis 2 ou 3 cuillerées à bouche de sang noirâtre coagulé, de consistance moindre que celle de la gelée de groseille. Après l'évacuation totale du contenu de la vessie, on sent que l'excavation pelvienne est à peu près complètement remplie par une masse dure, formant une saillie considérable dans la cavité de la vessie. On enlève alors avec soin les deux reins, les uretères, la vessie et la verge, en conservant la continuité de ces organes les uns avec les autres.

La *vessie* et la tumeur présentent une enveloppe extérieure commune, constituée par de larges bandelettes de fibres musculaires lisses entrecroisées, mais dont les principales ont une direction antéro-postérieure; les bandelettes sont elles-mêmes entourées par une couche cellulo-graisseuse lâche renfermant de nombreuses veines dilatées et sinueuses, et sur plusieurs points on trouve des concrétions calcaires du volume d'un pois, contenues dans quelques-unes de ces veines,

Le doigt introduit dans la vessie rencontre l'extrémité postérieure de la tumeur, et il s'engage facilement dans un canal qui parcourt cette tumeur d'arrière en avant, mais il est complètement arrêté au niveau de l'extrémité antérieure de la tumeur.

L'urèthre est fendu dans toute sa longueur, par sa face inférieure, ainsi que la vessie. On constate alors que le canal de l'urèthre, depuis le méat jusqu'à l'extrémité antérieure de la tumeur, a une longueur de 20 centimètres; nulle part il n'y a de traces de rétrécissement. La tumeur commence immédiatement en arrière de la région membraneuse, et occupe exactement la place de la prostate, Elle est constituée par deux lobes latéraux, très distincts et qui ne se confondent que par leur partie supérieure ; en bas, ces deux lobes sont réunis par une sorte de lobe moyen, avec lequel ils se continuent par leur portion externe, tandis que l'interne est de chaque côté séparé du lobe médian par un sillon antéro-postérieur profond de un demi centimètre environ. Des deux lobes latéraux, le droit est le plus volumineux. Sa longueur, ou diamètre antéro-postérieur, est de 12 centimètres ; sa largeur est de 8 centimètres et sa hauteur ou diamètre vertical, est de 9 centimètres. Le lobe gauche a une longueur de 9 centimètres, une largeur de 6 centimètres et une hauteur de 8 centimètres. Le lobe moyen est long de 12 centimètres, large de 8 centimètres et haut de 4 centimètres. La circonférence totale de la tumeur, prise transversalement à sa partie moyenne, est de 31 centimètres. La surface de la vessie étalée représenterait une sorte de rectangle large de 26 centimètres, long, d'avant en arrière, de 13 centimètres. Le poids total de la tumeur, avec la vessie et la verge est de 980 grammes. La tumeur a donc une forme ellipsoïde à grand diamètre antéro-postérieur.

Si l'on examine la tumeur en écartant l'un de l'autre les deux lobes latéraux, on voit que ces lobes présentent sur leur face interne, des mamelons, surtout apparents sur le lobe droit, où l'un, du volume d'une noix, fait une saillie notable à son extrémité postérieure, et deux, du volume d'une noisette, s'observent dans la moitié antérieure de sa face interne.

Le reste de la surface interne des lobes latéraux est légèrement mammelonné ; cette même surface est recouverte par une muqueuse résistante, très adhérente et d'une coloration rosée.

L'espace situé entre les faces internes des deux lobes latéraux représente le trajet de l'urèthre à travers la tumeur ; il a une hauteur de 7 centimètres à sa partie moyenne; sur sa paroi supérieure, la muqueuse en passant du lobe droit sur le lobe gauche, forme des brides membraneuses minces, dirigées transversalement et surtout obliquement.

La consistance de la tumeur est dure, élastique ; la dureté est plus grande au niveau des saillies mamelonnées. Nulle part, on ne rencontre de points fluctuants. Par les orifices extérieurs des canaux éjaculateurs, on introduit un stylet qui vient sortir dans le canal uréthral à l'union des lobes latéraux et du lobe moyen, à 5 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure de la tumeur pour le côté gauche, et à 4 centimètres pour le côté droit. Transversalement, les deux orifices sont séparés par un intervalle de un demi-centimètre,

L'uretère gauche s'ouvre à 4 centimètres en arrière de l'extrémité postérieure du lobe gauche de la tumeur ; l'uretère droit s'ouvre à 2 centimètres en arrière du point où la muqueuse vésicale se réfléchit pour passer de la face inférieure de la vessie sur le lobe droit de la tumeur. Les orifices des deux uretères, sont écartés par une distance de 5 centimètres. Les vésicules séminales normales répondent d'avant en arrière à la partie moyenne de la tumeur.

Le tissu de la tumeur présente un aspect blanc rosé à la coupe ; à la surface de la coupe, on voit des petites masses arrondies, de volume très divers, entourées par un tissu d'apparence fibreuse. Pas de suc en grattant légèrement :

mais en pressant fortement, la lame du couteau recueille un peu de liquide blanc-grisâtre très épais.

Les parois de la vessie sont épaisses d'environ un demi centimètre. On voit sur la face interne de cet organe des colonnes nombreuses et épaisses surtout sur la face inférieure de la vessie et au voisinage de la tumeur.

Le rein droit est de volume et d'aspect normaux.

Le rein gauche est petit : long seulement de 9 centimètres, large de 4 centimètres et épais de 2 centimètres. Il présente un kyste superficiel, du volume d'une noix, et siégeant à son extrémité supérieure.

Les calices et le bassinet sont extrêmement dilatés, bien que leur muqueuse ne paraisse pas altérée. La substance rénale qui persiste n'a plus qu'une épaisseur d'un demi centimètre ; elle est d'aspect uniforme, brun jaunâtre. Les uretères sont un peu dilatés, surtout le gauche au voisinage de la vessie. Le rectum comprimé par la tumeur est rétracté, aplati et son calibre admet difficilement l'introduction du doigt. Nulle part dans l'abdomen, on ne trouve de ganglions lymphatiques volumineux ou altérés.

Par bien des caractères, cette tumeur semblait appartenir à la classe des hypertrophies prostatiques ; l'*examen histologique* était néanmoins nécessaire : M. de Gennes a fait cet examen dont voici les résultats :

Des fragments de cette tumeur, pris en divers points ont été durcis par la gomme et l'alcool, et soumis ensuite à l'examen histologique. Les coupes colorées par le picrocarminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine ont donné les résultats suivants :

A un faible grossissement, — Ocul. 1, obj. 0 de Verick, — on voit que la plus grande partie de la préparation est formée de tissu fortement coloré en rose sans structure bien évidente et au milieu de ce tissu des espaces clairs, les uns arrondis, les autres rappelant la forme de glandes acineuses. On aperçoit aussi dans quelques préparations des artérioles à tuniques très épaisses et dont on ne distingue qu'à peine la lumière.

A un plus fort grossissement (Ocul. 1, obj. 2 de Verick), la structure de ces diverses parties est plus évidente. Il est déjà facile de se rendre compte que ces larges tractus qui forment la majeure partie de la préparation sont formés par du tissu fibro-musculaire de la prostate normale, tissu considérablement hypertrophié. Le tissu conjonctif est largement prédominant et même en certains points il est devenu complètement fibreux. Les espaces clairs sont de deux ordres, les uns arrondis représentant la coupe d'un conduit glandulaire et tapissé par un épithélium en partie desquamé. Les autres en forme d'acini très nets tapissés par un épithelium nettement conservé. On voit de plus quelques veines dilatées contenant des globules sanguins et quelques artérioles dont les parois très épaisses sont constituées presque uniquement par du tissu fibreux. Etudiant alors les détails avec un grossissement plus fort, on voit très nettement l'épithélium prismatique qui tapisse les acini. Sur les parois des conduits glandulaires déjà décrits, on aperçoit par place l'épithélium prismatique desquamé ; presque partout au centre, on voit de grosses cellules épithéliales à peine colorées ayant subi une dégénérescence granulo-graisseuse très accentuée.

En résumé, cette tumeur est constituée par une série de petites tumeurs secondaires, qui, à l'examen histologique, nous ont parues constituées en grande partie par du tissu fibro-musculaire, fibreux par places, enserrant des acini glandulaires dont l'épithélium est desquamé et dégénéré en certains points.

C'est donc une hypertrophie simple de la prostate mais portée à un degré excessif.

14. Maladie d'Addison; par Paul Berbez, interne, et Henry Berbez, externe des hôpitaux.

Le nommé Paul Guer..., âgé de 40 ans, cordonnier, est entré le 1er septembre 1885, salle Saint-Louis, n° 10, hôpital de la Charité (service de M. Féréol).

Antécédents. Il n'y a rien à noter du côté des parents. Le père et la mère sont morts dans un âge avancé. Jusqu'à 5 ans, le malade a joui d'une bonne santé. A cet âge il aurait fait une grave maladie, une fièvre typhoïde à ce qu'a dit son médecin. A la suite de cette maladie les pieds se sont déformés et ont pris l'attitude du pied-bot. La marche est devenue très pénible ; encore n'a-t-elle été possible qu'avec l'aide de chaussures spéciales. Vers 9 ou 10 ans le malade eut pendant plusieurs semaines une affection très grave dont il ne peut préciser la nature. A 17 ans, angine couenneuse : à la suite de cette maladie il survint de la paraplégie incomplète, puis un certain degré de paralysie du membre inférieur gauche, paralysie qui dure encore aujourd'hui. Blennorrhagie. Pas de syphilis.

Il y a un an environ, en octobre 1884, le malade s'est mis à tousser, à cracher et à maigrir.

Les quintes de toux furent bientôt si fortes que le vomissement s'en suivit. Alors en très peu de temps il survint des sueurs nocturnes et un affaiblissement général. Jusqu'à maintenant l'état du malade n'a fait que s'aggraver lentement.

Du mois de mars au mois de mai le tégument a pris la teinte noire que nous lui voyons aujourd'hui. Presqu'en même temps le malade a remarqué qu'il lui venait des taches noires sur la muqueuse buccale et sur la peau du gland. *A ce qu'il prétend, ses cheveux de chatain-clair qu'ils étaient seraient devenus très noirs;* aujourd'hui cependant nous le trouvons avec des cheveux gris. Concurremment avec ces signes il serait survenu un dégoût invincible pour les aliments, à l'exception des fruits toutefois. Jamais le malade n'eut de diarrhée ni de constipation si ce n'est toutefois à la fin de sa maladie.

Depuis quelques jours il est survenu des douleurs assez vives dans les genoux, dans les jambes et surtout au creux de l'estomac.

Aujourd'hui nous trouvons le malade dans l'état suivant : C'est un homme de grande taille, d'une maigreur extrême. A première vue on dirait d'un mulâtre ; la blancheur des sclérotiques tranche sur le fond noir du visage. L'intérieur de la bouche présente à la face interne des joues, sur la voûte palatine et le voile du palais des taches noirâtres ; on en trouve également sur les lèvres. La coloration est plus foncée au pli de l'aîne et au scrotum ; on la retrouve aussi autour du gland. Les pieds présentent une déformation spéciale.

La déformation du pied est assez remarquable : le pied est renversé sur le bord interne. Le bord interne est relevé ; la voûte du pied est très accusée. Depuis quelques jours les jointures du cou-de-pied sont devenues très douloureuses.

L'examen de l'appareil respiratoire révèle une exagération considérable des vibrations thoraciques à la palpation dans les deux sommets et vers le bord postérieur du poumon. La percussion dévoile une matité très marquée de ces mêmes régions. A l'auscultation on trouve des signes de tuberculisation avancée ; il y a un peu partout des râles humides et du gargouillement ; au sommet gauche on trouve une caverne d'un volume considérable. En avant tous ces signes sont beaucoup moins marqués. Le pouls est normal ; l'auscultation du cœur ne révèle rien. Cependant le malade dit que de temps à autre il a des palpitations très pénibles.

Le réflexe rotulien est très diminué à gauche. Il n'y a pas d'autres troubles du côté du système nerveux.

Quand on examine le testicule on trouve tout le long de l'épididyme des nodosités tuberculeuses. Le toucher rectal fait découvrir des noyaux caséeux dans la prostate. Le malade continue à s'affaiblir et le 16 novembre il succombe.

Autopsie. — *A l'ouverture de la poitrine*, nous avons trouvé un léger épanchement dans la plèvre gauche et quelques adhérences du sommet du poumon gauche. Le poumon droit était entièrement adhérent dans ses 3/4 supér. Quelques adhérences au diaphragme.

Le poumon gauche est lisse au toucher, souple, à peu près normal, sauf quelques noyaux tuberculeux que l'on sent au toucher, au niveau du sommet.

Le poumon droit est farci de tubercules dans toute son étendue ; au sommet une caverne arrondie, grosse comme un œuf de poule, pleine de matière caséeuse. La plèvre est très épaisse au niveau de cette caverne assez superficielle (un centim. d'épais.). Le péricarde est normal. Le cœur est petit : à la coupe, hypertrophie concentrique de Laënnec. Valvules normales. Aorte normale sans athérome ni tubercules. Rien au larynx, ni au corps thyroïde.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le foie plus gros qu'à l'état normal ; à la coupe, congestion, surface uniformément rouge, pas de dégénérescence amyloïde, pas de tubercules. Rate hypertrophiée, très congestionnée, un peu sclérosée ; à la surface, quelques points de périsplénite. Les corpuscules de Malpighi sont assez visibles. Intestin congestionné ; de place en place, petites hémorrhagies interstitielles ; *quelques rares ulcérations tuberculeuses.* Gros intestin : le cœcum présente de vastes ulcérations sur toute sa surface, la muqueuse est déchiquetée et a disparu par places. Les parois et le tissu cellul. environnant très épaissis. Ganglions mésentériques : hypertrophiés, congestionnés, quelques-uns sclérosés et contenant de la matière tuberculeuse. Reins et capsules : reins sont gros, lisses, capsule épaissie et se décortiquant facilement. A la coupe, la substance corticale très congestionnée semble moins étendue, elle est assez dure et ne se laisse pas déchirer par le doigt. Dans le rein droit, on trouve deux kystes assez volumineux. Les capsules surrénales sont très hypertrophiées surtout celle du côté gauche qui atteint 6 ou 8 fois le volume normal ; on dirait que cette capsule a été entraînée par son propre poids, car elle a quitté sa place habituelle et est venu coiffer le hile du rein. A la coupe, on trouve un vaste foyer de matière tuberculeuse. *Appareil urinaire* : *La vessie* a des parois très épaissies et revenant sur elles-mêmes. *La prostate* a son volume normal ; à la coupe, on trouve des foyers caséeux. *Testicules* : L'épididyme présente des noyaux tuberculeux des deux côtés. A la coupe, la glande elle-même paraît dure, sclérosée rugueuse au doigt mais n'offre pas trace de foyers caséeux.

Le cerveau est congestionné, œdématié ; les méninges sont épaisses et se décortiquent facilement ; il n'y a pas traces de tubercules.

Examen microscopique. — *Capsules surrénales* : Les coupes de ces organes, faites perpendiculairement à leur longueur, ne montrent plus traces de leur tissu normal. Ils ont subi la dégénérescence caséeuse dans leur partie moyenne, tandis que leur tissu périphérique est constitué par du tissu fibreux, dans lequel on trouve quelques amas arrondis de petites cellules qui représentent des granulations tuberculeuses, et quelques îlots où les cellules embryonnaires existent encore, mais en très petit nombre, et où se montrent une ou plusieurs cellules géantes : on a affaire à des granulations tuberculeuses ayant subi la dégénérescence fibreuse.

Les reins n'offrent pas trace de tubercules et ne présentent qu'un léger degré de néphrite interstitielle.

Les épididymes ne montrent pas de tubercules ; on observe la présence de globules blancs autour de leurs vaisseaux.

Les testicules ont leur tunique fibreuse épaissie ainsi que les canalicules spermatiques. En certains points existent des noyaux de tissu fibreux, noyaux arrondis qui représentent des tubercules ayant subi la dégénérescence fibreuse ; en d'autres points se montrent des îlots de petites cellules qui entourent les canalicules secréteurs du sperme, c'est-à-dire des granulations tuberculeuses.

La rate ne possède pas de tubercules. La capsule est épaissie et présente par places des plaques fibreuses d'une épaisseur assez considérable.

Les corpuscules de Malpighi n'offrent rien de particulier à noter.

Nous avons étudié la paroi d'une caverne pulmonaire qui montrait en allant de dedans en dehors : 1° Une couche de tissu ayant subi la dégénérescence caséeuse. 2° Une couche de tissu fibreux renfermant une grande quantité de cellules embryonnaires accumulées en certains points de façon à former des granulations tuberculeuses où l'on trouve un grand nombre de cellules géantes. 3° Une couche épaisse de tissu fibreux où les vaisseaux très nombreux et dilatés sont gorgés de sang et où il existe encore quelques noyaux tuberculeux. Dans cette couche se remarquent un grand nombre de granulations pigmentaires.

Le foie présente un grand nombre de granulations tuberculeuses isolées et confluentes ; elles siègent les unes sous la capsule qui est épaisse ; les autres dans l'épaisseur de son tissu où elles se montrent ainsi que dans les espaces portes et aussi dans l'épaisseur des lobules hépatiques. Quelques-unes s'étendent d'un espace porte à une veine intra-lobulaire. Ces granulations sont les unes très petites et arrondies, les autres un peu plus considérables et allongées, envoyant des prolongements entre les travées des cellules hépatiques. Elles ne renferment pas de cellules géantes, tandis que des granulations plus volumineuses formées par la réunion de plusieurs nodules tuberculeux en présentent une ou plusieurs au nombre de 2 ou 3.

Nous avons cherché les bacilles de la tuberculose dans nos préparations colorées par le procédé d'Ehrlich et nous n'avons pas trouvé trace de bacilles dans les points qui nous semblaient et qui étaient en effet le plus envahis par la dégénérescence tuberculeuse. Nous avons cru devoir rapporter l'observation de notre malade pour plusieurs raisons. Au point de vue symptomatique, les choses se sont passées avec une très grande rapidité, en deux mois la mélanodermie a fait des progrès rapides. Au point de vue anatomique, nous avons cru intéressant de signaler cette tendance scléreuse assez rare dans la tuberculose à marche aussi rapide, nous voulons parler des scléroses multiples avec ou sans tubercules qui ont atteint le rein, les capsules, le gros intestin, le testicule et peut-être le cœur qui a été trouvé petit, hypertrophié dans une certaine mesure, mais qui présentait une consistance tout à fait particulière.

15. Hépatite scléreuse hypertrophique. — Ictère chronique. — Ictère grave ; — mort ; par Siredey, chef de clinique et Hischmann, interne.

Le nommé Soss..., Louis, âgé de 42 ans, garçon de magasin, entre le 11 novembre 1886, salle Saint-Charles, lit n° 22, hôpital de la Charité (service de M. Hardy).

Rien à signaler du côté des parents.

Aucune maladie grave antérieure ; le malade n'a jamais eu ni fièvre typhoïde, ni dysenterie. Il n'a jamais quitté la France, et n'a jamais eu de fièvres intermittentes. En somme, tous ses antécédents pathologiques se résument à une blennorrhagie qu'il contracte à l'âge de 20 ans, sans complication ; et à une affection fébrile éphémère pour laquelle il fut traité à Lyon pendant quelques jours en 1870.

Cet homme est manifestement alcoolique ; il avoue que les nombreuses courses qu'il fait chaque jour s'accompagnent de visites chez les marchands de vin, et il boit du vin, de l'eau-de-vie d'une façon exagérée. De plus, il est sujet à des pituites, — ses nuits sont agitées, son sommeil est interrompu par des rêves pénibles. Cependant les mains étendues ne donnent qu'un tremblement modéré. Il y a déjà quelques mois qu'il éprouvait des troubles digestifs variables. Dyspepsie, gaz, vomissements alimentaires ou muqueux ; mais ces accidents ne se sont pas accompagnés de jaunisse, et jamais il n'a éprouvé de douleurs comparables à celles de la colique hépatique.

C'est trois semaines environ avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le milieu d'octobre, que les troubles digestifs s'accentuèrent et qu'il vit apparaître l'ictère. Mais à ce moment même il ne ressentit pas plus de douleurs que les jours précédents ; on lui fit remarquer que ses yeux étaient jaunes, puis la même coloration se montra peu à peu sur toute la peau et ce n'est que d'une façon lente et progressive que la jaunisse atteignit le degré qu'elle présente actuellement. Soigné d'abord en ville, il se purgea plusieurs fois de suite, prit du lait et s'abstint de toute boisson alcoolique (?).

12 *novembre* 1885. A son entrée à l'hôpital, on constate une coloration jaune très prononcée sur toute la surface du corps, particulièrement intense sur la face et le tronc et ne pouvant laisser aucun doute sur son origine biliaire. En effet, la couleur de la peau est assez caractéristique par elle-même, et, de plus, on constate du côté des urines les réactions les plus nettes du pigment biliaire. Décoloration absolue des gardes-robes qui sont semblables à du mastic et très fétides. Hypéresthésie de la peau caractérisée par un prurit permanent très intense, nombreuses excoriations produites par le grattage. Pas de troubles oculaires. Pas de céphalalgie ni d'éblouissements. Urines non albumineuses. Pouls lent 52°, 56°. Pas d'élévation de la température. Intégrité de l'appareil respiratoire. Aucun bruit anormal au cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs. En somme, il existe actuellement un ictère intense accompagné de quelques troubles digestifs. Pesanteur à la région épigastrique après les repas, nausées, quelques vomissements, perte de l'appétit. Jamais do vomissements de sang ni d'hémorrhagie par aucune autre voie.

A l'examen de l'abdomen, on constate au-dessous de l'hypochondre droit une légère saillie due à l'augmentation du volume du foie. Pas de dilatation des veines de la paroi abdominale, pas d'ascite. Mais il existe un développement exagéré de la glande hépatique : on sent, à trois travers de doigt, au-dessous des dernières côtes, le bord du foie qui est dur, tranchant ; d'ailleurs, une assez vive douleur. La matité du foie se rencontre sur une ligne verticale de 18 centimètres au-dessous du mamelon. Le lobe gauche est également augmenté de volume (10 centimètres environ).

La rate n'est pas augmentée comme elle l'est habituellement dans la cirrhose hypertrophique. La percussion donne une matité assez nette sur une étendue de 3 ou 4 travers de doigt au niveau de l'hypochondre droit, mais la rate ne déborde pas les fausses côtes. Toutefois, l'augmentation du volume du foie, sa dureté, font diagnostiquer une hépatite interstitielle, avec altération des cellules de la glande, vraisemblablement une sorte d'hépatite diffuse.

Traitement : Calomel 0,40 centigr. Eau de Vichy et régime lacté.

Du 12 au 20 *novembre* Légère amélioration, dans les jours qui suivent ; les troubles digestifs diminuent, mais l'ictère reste à peu près stationnaire et la région hépatique est encore douloureuse.

Vésicatoire sur la région du foie. Le repos, le régime lacté et l'usage des purgatifs de temps à autre amènent une amélioration notable. La sensibilité de la région hépatique diminue, la glande semble rétrocéder, la matité ne mesure plus que 14 ou 15 centimètres sur la ligne du mamelon.

Du 20 au 25 *novembre* l'ictère est toujours à peu près aussi intense, et les matières restent complètement décolorées. Application de trois cautères à la pâte de Vienne sur le côté droit. Etat à peu près stationnaire, aucun accident aigu, l'ictère semble diminuer pendant quelques jours, puis reparaît avec la même intensité, sans crises douloureuses. Les démangeaisons persistantes déterminent de nombreuses excoriations dues au grattage ; quelques-unes de ces excoriations sont entourées de petites taches purpuriques, néanmoins on n'observe pas d'hémorrhagie, et l'examen fréquemment répété des urines n'y fait pas découvrir d'albumine.

Vers le 6 *décembre*, le malade se plaint de douleurs dans la jambe, à la partie moyenne et postérieure du mollet. On y constate la présence d'un petit anthrax que l'on traite d'abord simplement par des cataplasmes, mais qui s'étend très rapidement, et qui, le 13 décembre, présente au moins les dimensions d'une pièce de 5 francs ; il est entouré d'un bourrelet rouge, épais, très volumineux, et, sur la surface en cratère, on ne voit que quelques orifices donnant du pus en petite quantité.

13 *décembre*. On pratique une incision cruciale au thermo-cautère, puis on maintient sur la plaie des cataplasmes de fécule de pommes de terre. Dès le lendemain, l'inflammation périphérique avait diminué, il n'existait autour de la plaie ni rougeur, ni tuméfaction. On ne constate d'ailleurs aucune complication sur le reste du membre, ni du côté des veines, ni du côté des lymphatiques. Pas d'adénite inguinale, pas d'œdème, ni de rougeur sur le trajet du membre.

Le 20 *décembre*. La plaie a considérablement diminué, l'eschare s'est détachée et le pus s'élimine facilement. Aucune complication. D'ailleurs, pas d'élévation de température. Pas de fréquence du pouls.

Du 25 *décembre* 1885 au 20 *janvier* 1886. Etat à peu près stationnaire, légères alternatives d'amélioration et d'aggravation. A certains jours, la coloration vert olive de la peau s'atténue et fait place au jaune clair ; les urines, les matières fécales subissent des variations identiques. Néanmoins, la tendance générale de la maladie paraissait relativement favorable. Vers la seconde quinzaine de janvier notamment, le malade se trouvait mieux, les forces revenaient. Mais le foie ne diminuait pas de volume, et on pouvait même constater une dilatation sensible des veines de la paroi, sans ascite, sans hypertrophie de la rate. Pas de fièvre. Pas de frissons.

Mais, vers le 20 *janvier*, retour des troubles digestifs, le malade a eu des vomissements à plusieurs reprises, sans fièvre, sans frissons.

24 *janvier*. Affaiblissement assez rapide. Douleurs dans la région hépathique. Traitement : Calomel, sulfate de quinine.

30 *janvier*. On constate un changement considérable dans l'état du malade, il se trouve très fatigué, ne dort plus et rêve bruyamment, il vomit plusieurs fois. Langue un peu rouge, sèche, douleurs à la pression du foie. Pas de fièvre.

31 *janvier*. Même état, ventouses sèches sur la région hépatique. Pas d'albumine dans l'urine. Température, soir, 37°,8.

1er *février*. La peau paraît plus chaude. Le thermomètre qui était la veille au soir à 37°,8, monte à 39°,2. Le pouls atteint 100.

2 *février*. Nuit agitée, délire bruyant ; mais le calme est revenu, et, le matin, le malade répond bien aux questions qui lui sont adressées. Il se plaint d'avoir froid, et dit qu'il a souffert du froid depuis quelques jours, bien qu'il ne soit pas sorti. Etat adynamique très prononcé, langue sèche, rouge. La coloration de la peau est beaucoup plus foncée que les jours précédents. Les urines sont couleur de café noir, cependant elles ne contiennent pas de sang. Selles décolorées, argileuses. Pas d'hémorrhagies. Foie notablement augmenté de volume : 20 centimètres sur la ligne du mamelon, douloureux à la pression. Veines de la paroi dilatées Rate appréciable, mais ne dépassant pas la cage thoracique. T. matin 38°, soir 39°.

3 *février*. — Un peu d'amélioration ; pas de délire dans la nuit ; la température s'est abaissée le matin : les urines sont plus claires, couleur de bière brune ; pas d'hémorrhagies. Température : matin 37°,2, soir 40°,4.

4 *février*.—Délire beaucoup plus accentué dans la nuit. Le matin la faiblesse est plus grande, le malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse, et ses réponses dénotent la persistance du délire. Langue sèche ; pas de dyspnée ; crachats visqueux, colorés en jaune, mais non transparents. A l'auscultation on constate des râles aux deux bases mais aucune lésion étendue de l'appareil respiratoire. Température : 38,° matin, 38°,6 le soir.

5 *février*. — Adynamie beaucoup plus accusée, cependant aucune hémorrhagie ; pas d'albumine dans l'urine ; le malade ne prend presque plus rien. Ballonnement de l'abdomen, mais on sent encore le bord du foie qui est dur, tranchant ; pas de signes d'ascite. A l'auscultation on perçoit des deux côtés en arrière un bruit de frottement, bruit de cuir neuf très net, surtout à droite. Légère matité à ce niveau. Température : matin 38,°, soir 38°,6.

6 *février*. — Affaiblissement plus marqué, sans aucune hémorrhagie ; délire persistant ; état demi-comateux ; décédé le 7 février à 1 heure du matin.

Autopsie le 8 février, à 8 heures et demie du matin. Diagnostic : *Hépatite scléreuse hypertrophique, diffuse*,

suppurée. — *Poumons* un peu congestionnés aux deux bases, surtout à la gauche. — *Cœur* sain ; pas d'athérome de l'aorte ; petites plaques graisseuses récentes au-dessus des valvules sygmoïdes ; la tunique interne de l'aorte est teintée par la bile. — *Foie* extrêmement volumineux, 0,31 de largeur, 0,23 de hauteur ; granuleux à sa surface, sa capsule est adhérente et épaissie ; l'organe est fortement teinté par la bile, et à la coupe on voit des tractus conjonctifs épaissis ; l'organe est comme moucheté de tractus jaunes et noirâtres. En outre, on trouve des foyers suppurés interstitiels dans les deux lobes. Les canaux biliaires, par places, sont remplis de pus. Il s'est fait des hémorrhagies qui ont pénétré dans les voies biliaires. On trouve des caillots en partie dégénérés dans le canal cystique et dans la vésicule Celle-ci renferme un mélange boueux de sang coagulé altéré et de bile. En somme, les lésions sont à la fois scléreuses, graisseuses et hémorrhagiques.

Rate augmentée de volume, présente 17 cent. de longueur, assez molle. Il existe des traces de périsplénite. — *Reins* très volumineux, teintés par la bile. La substance corticale présente des stries jaunâtres. Il y a certainement un commencement de régression graisseuse. Pancréas sain. Les téguments et les viscères présentent une teinte jaune, ictérique très foncée.

16. M. Demars présente un *fibro-adénome du voile du palais récidivé* ; le malade, opéré en 188?, a vu reparaître le néoplasme il y a deux mois.

17. M. Demars rapporte l'observation d'un individu, porteur d'*une hernie crurale étranglée* qu'on dut opérer ; à la suite de quoi l'on observa un abaissement graduel de la température pendant 15 jours, de la diarrhée, puis la mort. A l'autopsie ces accidents restent inexpliqués, car on ne trouve aucune lésion pouvant causer la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *avril* 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Larcher, revenant sur l'opération du *méningocèle de la région sacrée*, communiquée par M. Kirmisson dans la précédente séance, pense qu'il s'agissait, non d'une méningocèle, mais d'un kyste congénital. — La confusion a été souvent faite.

M. Kirmisson maintient son diagnostic.

M. Humbert lit une observation de *rétrécissement syphilitique de l'urèthre*, adressée par le Dr de Santis. M. Humbert exprime des doutes sur la nature syphilitique du rétrécissement.

M. Bouilly a observé un rétrécissement de l'urèthre causé par une gomme de la région périnéale ; l'iodure de potassium amena la guérison.

M. Thomas (de Tours) lit une observation de *sarcome* de la partie moyenne de l'*humérus*. La tumeur survint chez un garçon de 25 ans, d'ailleurs bien constitué, un an après une forte contusion du bras. La tumeur fut prise d'abord pour un abcès sous-périostique, puis pour une tumeur vasculaire de l'humérus. Après plusieurs ponctions, M. Thomas ayant reconnu la nature vraie du néoplasme fit la désarticulation de l'épaule L'examen histologique montra qu'on avait affaire à un *sarcome fasciculé kystique*.

M. Lucas-Championnière confirme le diagnostic et rappelle la fréquence des récidives après l'opération, même quand celle-ci a porté bien au delà de la tumeur.

M. Polaillon rapporte une observation qui confirme la fréquence des récidives du sarcome ; dans son cas, la tumeur récidiva d'abord dans le voisinage ; puis, la généralisation fut rapide.

M. Delorme présente les résultats très satisfaisants d'une restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine sur un soldat qui avait tenté de se suicider.

Paul Poirier.

QUINZIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE A BERLIN.

1re *journée du Congrès.*

Le Congrès a été ouvert le 7 avril dans l'Aula de l'Université royale. L'affluence des médecins berlinois était fort grande, et les membres les plus connus de la Société étaient presque tous présents, entre autres Volkmann, Czerny (Heidelberg), Mikulicz (Cracovie), Schede (Hambourg), Roser (Marbourg), Gurlt, Küster, Israël, Bergmann (de Berlin), Kœnig (Göttingen), Tiersch (Leipsig), etc. Le deuxième président, von Volkmann, a ouvert le Congrès en exprimant le regret que le premier président, von Langenbeck, était empêché par la maladie de diriger le Congrès. Pour remercier le célèbre chirurgien des services rendus à la science, il propose de le nommer président d'honneur. Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Sir James Paget et sir Joseph Lister, nommés membres honoraires, à l'occasion du dernier Congrès, ont fait remercier l'assemblée de l'honneur qui leur a été fait.

La mort a enlevé à la Société : Uhde (de Brunswick), Vogt (de Greifwald), Starke (de Berlin) et Burow (de Kœnigsberg); 5 membres ont quitté la Société et 17 nouveaux sont entrés, ce qui porte la Société à 359 membres.

Von Volkmann (de Halle) est nommé premier président, von Bergmann, deuxième président, Gurlt (de Berlin), secrétaire perpétuel, et Küster, trésorier perpétuel. Schoenborn (de Kœnigsberg), Tiersch, Kœnig, Roth (de Dresde), Esmark (de Kiel), complètent le comité.

Le premier orateur qui a pris la parole, une fois le Congrès constitué, a été le professeur Kraske (de Fribourg) ; il a parlé de l'*étiologie et pathogénie de l'ostéomyélite aiguë*. Les recherches de Rosenbach, complétées par celles de Becker, Krause et Garré, permettent de considérer le *staphylococcus pyogenes aureus* comme l'agent spécifique de l'ostéomyélite, car lu seul peut, chez l'homme, produire de l'ostéomyélite aiguë. A côté de lui, cependant, on voit d'autres microorganismes jouer un rôle, surtout le *Stalaphycococcus pyogenes albus* et le *streptococcus*. Dans ces cas, qualifiés par l'orateur d'*infection mélangée*, on a observé des formes très graves. La présence de ces organismes a donc une grande valeur pronostique. Il est, en outre, possible que tout microorganisme présentant des facultés pyogènes, peut, à un moment donné, produire de l'ostéomyélite aiguë.

Outre la constatation de l'existence du poison, il est important de connaître la porte d'entrée de l'infection. L'entrée des *cocci* peut se faire par la peau, affectée d'inflammations spéciales, dans lesquelles on combat l'existence du coccus. L'orateur cite un cas de furoncle où l'on trouve le *staphylococcus p. a.*, par lequel commença une infection qui se termina par ostéomyélite. Le poison peut aussi entrer par le poumon et peut-être aussi par le tube digestif, bien que des faits probants manquent à la dernière hypothèse.

Parlant de la prédisposition, l'orateur montre d'abord qu'une première atteinte, une fois guérie, prédispose davantage à l'affection. Le maximum de chance pour le développement de l'ostéomyélite existe lorsque les coccus sont introduits en grande quantité et sont garantis contre l'action du courant sanguin par thrombus, par exemple. Il est probable que la maladie se localise dans la moelle osseuse, parce que là, la circulation est ralentie.

Roser, Mikulicz (Cracovie) et Fränkel (Berlin) prennent part à la discussion.

Puis le professeur Rosenbach (de Göttingen) fait une communication sur l'*étiologie du tétanos*, à la suite des plaies chez l'homme. La cause de l'affection n'est pas encore élucidée avec certitude, les rapports entre la plaie et le tétanos ne sont certainement pas directs. On a réussi, en inoculant à des lapins, des cobayes et des souris, du pus provenant d'individus atteints de tétanos, à produire la maladie, mais on a échoué chez le chien Il est curieux de constater qu'en inoculant de la terre végétale à ces animaux, on obtienne aussi du tétanos avec symptômes analogues à ceux que présente l'homme. L'orateur a inoculé des cobayes et des souris avec des substances provenant des organes d'un individu mort de tétanos ; il a ensuite fait des cultures pures des organismes pathologiques. Il trouva

des *schizomycètes* fins, semblables à des crins, que Nicolaïef a déjà trouvé dans un cas de tétanos produit par inoculation de terre végétale d'un jardin. Les nouvelles idées nous permettent d'admettre que le tétanos est produit par un poison semblable à la strychnine, produit par les bacilles sus-nommés.

Le Dr Landerer (Leipsig) a pris ensuite la parole pour traiter le sujet de la *transfusion* et de *l'infusion*. L'orateur montre que jusqu'à ce jour, dans le traitement des individus épuisés par des hémorrhagies profuses, la transfusion a donné souvent des cas de mort et qu'on lui préfère l'injection de solutions salées alcalines, d'après Kroneker et Sanders. Mais, aussitôt que les 2/3 du sang sont perdus, cette méthode ne réussit plus non plus, et il faut alors revenir au sang qui, comme substance alimentaire, est alors plus capable de rendre inactif le ferment de la fibrine, qu'on considère comme la cause de la non-réussite de la transfusion. L'orateur a obtenu de meilleurs résultats, avec un mélange de 4 parties de solution salée alcalinisée et d'une partie de sang défibriné par la méthode ordinaire. On a d'abord essayé sur un homme empoisonné par le nitrobenzole (essence de mirbane). Après une forte saignée, on introduisit le mélange et la guérison fut obtenue sans fièvre. 1000 à 1,200 centim., 3 peuvent être employés, et le peu de ferment de la fibrine est neutralisé par le corps, par suite de l'introduction lente du liquide. Sur le conseil du Pr Ludwig, il a essayé sur des animaux une solution saline alcalinisée contenant 3 0/0 de sucre de canne ; même quand l'animal avait perdu par hémorrhagie le 6 1/2 cent. partie du poids de son corps, les globules perdus étaient remplacés au bout de 14 jours. Une infusion de 400 centim.³ de solution sucrée, un homme, dont le pouls n'était plus appréciable, fut ramené à l'existence. L'orateur donne pour cause que la solution sucrée convient mieux que la solution saline aux globules rouges, en outre le sucre extrait des tissus avec grande quantité de liquides et améliore ainsi les qualités nutritives du sang dilué. Le sucre est un aliment fortement oxydant qui augmente la pression sanguine. On a essayé cette solution sucrée sur des animaux empoisonnés par le nitro-benzole, l'hydrate de chloral et le chloroforme. Le procédé semble indiqué pour l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et l'anémie chronique, mais pas dans le choléra. Les expériences prouvent que les globules rouges, auxquels on a d'abord accordé une action prépondérante dans la transfusion, ne jouent aucun rôle.

2e Journée du Congrès.

La séance, tenue dans l'Amphithéâtre de la clinique chirurgicale, a commencé par la présentation d'un ouvrier d'une fabrique de phosphore, atteint grièvement par la *nécrose phosphorée*. Les deux jambes étaient fracturées, les maxillaires supérieur et inférieur, et une partie du zygomatique réséqués, et on put voir que le maxillaire artificiel suffisait à permettre l'alimentation et la parole. On voyait, à l'aspect misérable du malade, quelle action délétère produit le phosphore.

M. Trendelenburg (de Bonn), a parlé d'une nouvelle méthode de guérison de la *fistule vésico-uréthrale*, obtenue sur un garçon de 3 ans.

M. Lanenstein (de Hambourg) a enlevé une *pierre de phosphate tribasique*, pesant 30 gr. et occupant le bassinet du rein, au moyen de l'incision lombaire de Simon; on présente la pierre et le malade. Le Dr Küster et le Dr Israël (Berlin), parlent d'extractions analogues. Puis le Pr Roser (de Hambourg), a parlé du *pincement latéral de l'intestin* (Seitliche Dermeinklemmung ?)

Le Pr Koenig (Göttingen), a présenté un malade auquel il a *restauré le nez*, qui avait été brisé par un coup. Avec la gouje, on enleva un morceau d'os frontal et on l'utilisa avec le lambeau cutané pour l'opération rhinoplastique. Le résultat a été bon. Dans tous les cas semblables, le nouvel os nasal n'a pas été perdu, mais s'est consolidé toujours davantage.

M. Tiersch (de Leipsig), a parlé de la *transplantation cutanée*, appliquée aux cas de brûlures étendues et de nécroses. Dans ces cas, l'orateur recouvre la plaie de minces morceaux de peau, pris sur les parties saines. Les morceaux reprennent bien et empêchent les cicatrices profondes. 3 malades furent présentés, d'abord un valet de ferme, qui s'était fait une brûlure cutanée par combustion d'un morceau de phosphore qu'il portait dans sa poche, et un malade auquel on avait réséqué le maxillaire inférieur. Tiersch a greffé, à Leipsig, sur un nègre un morceau de peau de blanc et sur un blanc un morceau de peau de nègre, la greffe réussit, surtout dans le dernier cas. Ainsi un nègre pourrait changer de revêtement cutané avec un blanc, et la coloration serait garantie bonne.

M. Czerny (de Heidelberg), loue la méthode de Thiersch, mais il conseille de ne pas transplanter la peau d'individus atteints de tuberculose, carie ou syphilis, car ces maladies peuvent être transportées même par de petits morceaux de peau mince. Puis Thiersch présenta encore des préparations d'affection neuropathique articulaires, sur lesquelles on discuta longtemps.

M. Wagner (de Königshütte), présenta ensuite, un malade atteint de *fracture par compression de l'extrémité supérieure du tibia*. L'ascenseur de la mine, dans lequel il se trouvait, s'étant mis brusquement à descendre avec la plus grande rapidité, le mineur, voyant le danger s'était cramponné sur une jambe, pour ne pas tomber, ce qui a aggravé la blessure. Le cas a bien guéri.

M. Löbker (de Greifdwald), a expliqué avec préparations et planches, le mécanisme de la *luxation permanente de l'épaule*.

M Wagner (de Königshutte), a présenté ensuite d'autres cas analogues.

Séance de l'après-midi de la 2e journée.

On commence par la lecture d'une lettre du Pr Kocher (de Berne), qui ne peut se rendre au Congrès. Cette lettre a rapport à la *cachexia strumipriva*, et apporte de nouveaux faits à l'appui de sa thèse d'il y a trois ans, qui a été fortement attaquée, à savoir que toute extirpation totale de goître chez un individu en voie de développement produit du crétinisme. Il trouve qu'il n'y a pas de doute à cet égard et que le Congrès doit défendre l'excision de la glande thyroïde chez des individus non adultes.

Le Pr Mars (de Würzbourg), dans une autre lettre, attaque des *abus criants* qu'il a constatés dans la pratique de la vaccination à Würzbourg.

Von Bergmann objecte qu'au contraire la vaccination se fait très bien en Bavière, et que les abus proviennent probablement d'étrangers qui ont fait des vaccinations.

Von Langenbeck a envoyé un télégramme remerciant le Congrès pour la nomination qu'il a reçue et exprime l'espoir de pouvoir assister au prochain Congrès.

M. König (de Hanovre) a commencé la discussion sur l'*extraction des calculs vésicaux* qu'on s'était promis, au Congrès précédent, de ne pas oublier. L'orateur a comparé les deux méthodes. Voici ses conclusions : 1° L'incision périnéale médiane est une opération presque exempte de dangers s'il s'agit de petits calculs. Elle suffit aussi pour enlever des pierres petites ou moyennes et les corps étrangers les plus communs (sondes, restes de bougies, etc.). Si au contraire il y a de nombreuses pierres de grande taille ou encastrées dans des diverticules, ou des corps étrangers de forme inusitée, ou encore des morceaux de métal fixés, l'ouverture n'est pas suffisante. L'histoire de la taille périnéale nous apprend que, bien que la plupart du temps cette opération ne peut être terminée qu'après le broiement des pierres, elle se fait pourtant dans les parties musculaires. Malgré cet avantage, il y a grand danger à opérer laborieusement dans un passage aussi étroit.

2° La taille hypogastrique a par elle-même ses dangers, l'infiltration d'urine avec ses conséquences, qui emporte une partie des malades. Mais elle donne une large ouverture, permettant d'examiner et d'enlever de grosses pierres et des corps étrangers mal placés; l'acte opératoire, consistant à enlever les corps étrangers est ici bien moins dangereux que dans la taille périnéale. Donc, la taille périnéale sera la méthode normale pour les petites pierres et les corps étrangers mobiles ; la taille hypogastrique est plus indiquée dans les cas graves.

Roser a défendu la taille hypogastrique, Ebermann (de St-Pétersbourg), la lithotritie. Von Bergmann et Trendelenburg parlèrent pour la taille hypogastrique, Fürstenheim et Schönborn pour la lithotritie ; puis on a remis la discussion à plus tard.

Le Pr Küster, le Dr Hahn et le médecin d'état-major Dr

Köhler, conduisirent alors les membres du Congrès le jeudi et le vendredi à l'hôpital Augusta, à l'hôpital de la ville, à Friedrichsheim et à la clinique chirurgicale de la Charité.

L'après-midi, il y avait un banquet à l'hôtel du Nord.

Troisième jour du Congrès (séance du matin).

M. Frankel (de Berlin) parle de la guérison du *cancer du larynx*. L'orateur a enlevé au professeur Julius Wiggers (de Rostock) un cancroïde de la corde vocale par la méthode rétro-laryngée : c'était en 1881 ; chaque année il se produisait une récidive qui fut jusqu'en 1884, époque à laquelle on changea le traitement, enlevée par l'anse métallique qui ne coupait pas, mais arrachait. Le patient, âgé de 75 ans, est bien portant et sa voix est libre. Le professeur Von Bergmann a enlevé une partie du larynx à un autre patient.

Le professeur Biondi (de Naples) a parlé du *bec de lièvre*. Il a exposé les opinions de Gœthe, Albrecht et Kölliker, et émis l'opinion que le développement de l'affection est, selon ses propres recherches, tel que l'admet Albrust, mais avec quelques modifications. Trendelenburg et Albrecht ont eu à ce sujet une discussion fort vive, chacun soutenant une opinion opposée, tandis que Stöhr défendait une opinion moyenne. M. Morian, assistant de Bergmann, a présenté un crâne d'enfant avec bec de lièvre, qui avait six incisives : une sur le maxillaire supérieur et 4 sur l'inter-maxillaire. Chaque orateur s'est appuyé sur ce cas spécial pour défendre son opinion. Meusel de Gotha a expliqué sa méthode de réparation de la *fente labiale*. Schönborn a montré un cas de fissure palatine guéri par staphyloplastie.

Le professeur Saner (de Berlin) a indiqué quels étaient les avantages du bronze d'aluminium sur l'argent pour la fabrication d'instruments de chirurgie. M. Küster (de Berlin) a présenté un cas de désarticulation du genou. On a, à ce sujet, comparé la valeur respective de l'amputation et de la désarticulation.

M. Landerer (de Leipsig) a traité de la *scoliose*. Il croit que le massage est le meilleur traitement et rejette le corset. La cause réside surtout dans des anomalies des extenseurs du rachis. Le massage est destiné à donner à ces muscles leur maximum d'action, ce qui s'obtient mieux ainsi qu'avec la gymnastique autrefois employée. L'orateur a montré sa méthode sur une malade déjà améliorée ; on a pu constater un résultat immédiat, et une partie de ce résultat reste acquise. Les corsets immobilisent les muscles et augmentent le mal ; quant à leur bon résultat possible, il n'est jamais que passager.

Le professeur Volkmann emploie depuis des années le massage dans la scoliose, mais croit le corset nécessaire plus tard. Les patients portent le corset la nuit ; le matin, ils prennent un bain, puis une douche ; puis massage, et de 11 heures au soir, ils portent le corset. Le port continuel de l'appareil amènerait facilement de la chlorose. La raison du développement de la scoliose n'est pas seulement d'ordre musculaire. Kœnig partage les idées de Volkmann. La séance du matin est ensuite levée.

L'après-midi, MM. Sonnenburg, Israël, Bergmann, Kœnig, Volkmann, Gussenbauer, Küster, Löbker et Petersen continuèrent la discussion sur l'opération de la *pierre vésicale*. On a parlé des fistules qui persistent parfois après la taille hypogastrique ; on a discuté sur l'opportunité de la lithotritie, de l'antisepsie, etc. Volkmann ne se sépara qu'en un seul point de Kœning, au sujet des soins consécutifs, défendit l'incision médiane, car elle va presque dans tous les cas, et a montré les services rendus par la boutonnière. Il a rappelé les anciens opérateurs qui voyageaient de ville en ville ; leur méthode était déjà l'incision médiane. Cette méthode était sans danger jusqu'au jour où la chirurgie s'en empara, en fit une méthode scientifique, ce qui fit que les malades moururent. Il ne faut pas faire raison d'opérations difficiles, mais attendre qu'elles soient indispensables pour s'en servir, et chercher à les perfectionner de façon à les rendre aussi peu nocives que les anciennes méthodes.

Dernier jour.

Dans la séance du matin s'éleva une discussion fort intéressante sur l'*actinomycose*. Le Dr Ratter, assistant de la clinique du Pr Bergmann, donna la relation de cinq cas de cette affection parasitaire, connue depuis peu seulement, qui attaque les hommes et les animaux (veaux, cochons), et dont la cause est encore inconnue. Dans deux cas, le foyer partait de dents cariées ; dans les autres, le champignon partait probablement du poumon ou du tube digestif, etc. Un des malades, un boulanger, prétend avoir trouvé beaucoup de seigle ergoté dans la farine employée dans cette dernière année ; un autre, cocher de fiacre, a probablement pris cette maladie en soignant ses chevaux ou en manipulant leur fourrage. La profession pourrait donc servir à élucider l'étiologie de l'actinomycose. Esmarck a trouvé la maladie sur le bétail des Dithmarchen et aussi chez l'homme. Le bétail devient malade par usage de fourrage frais, et l'homme le devient en soignant le bétail malade. La maladie se reconnaît à des infiltrations dures comme du bois, qui, peu à peu, passent au ramollissement et à la suppuration. En général, le pus montre les granulations caractéristiques colorées en jaune. Le champignon typique a une forme de massue ; l'orateur ne l'a pas toujours rencontré, mais plus souvent des mycéliums. Le traitement consiste en râclage des abcès, injections de solutions boriquées dans les tissus du voisinage, refroidissement à la glace. Sur dix cas, neuf furent guéris.

Le Dr Israel présente les poumons et les parties de la cage thoracique d'un cocher russe, mort il y a peu de temps d'actinomycose intense. Le poumon était détruit et on trouva, dans une caverne, un morceau de dent creuse. L'actinomycose est évidemment partie de ce corps étranger. Les dents creuses sont, du reste, des terrains de culture favorables pour toutes sortes d'organismes pathogènes. Kœnig a vu, dans tous les cas de ce genre, les dents être cariées ou fortement noires.

M. Braun (d'Iéna), parle ensuite des fractures intra-utérines du tibia ; Krauss (de Darmstadt), de la guérison des pieds-bots, sans résection osseuse du pied ; Gutsch (de Carlsruhe), montra comment on peut modifier la résection du pied, d'après Mikulietz.

Le Pr Albrecht (de Hambourg), a fait une communication intéressante sur la *valeur morphologique des doigts surnuméraires*. L'orateur considère ces cas comme des divisions ataviques, se rapportant aux sélaciens, dont les formations analogues aux doigts sont toutes en fourchette. L'ichthyosaure présente justement une division du premier et du cinquième doigt en deux. L'orateur a ensuite parlé de la valeur morphologique de l'épispadias et de l'hypospadias.

Czerny présente ensuite une blessure par arme à feu du rachis, guérie. Une jeune femme a reçu une balle de revolver dans la moelle épinière ; la balle est restée fixée entre la première et la seconde vertèbre lombaire. La femme vécut sept mois encore, avec une paraplégie des membres inférieurs et un état général bon. Elle mourut de pneumonie. La partie de rachis, avec la moelle blessée, a été présentée au Congrès. L'autopsie montra que la moelle était ramollie et contenait du pus, ce que l'auteur met en doute. On ne fit que laver soigneusement la plaie, sans introduire de sonde.

Meusel (de Gotha) a parlé ensuite d'une blessure par arme à feu de l'articulation du coude ; Mikulicz du traitement opératoire de l'empyème de l'antre d'Highmore, et du traitement opératoire de l'échinocoque du poumon. On voit facilement que la ponction est fort dangereuse, tandis que l'opération même est relativement peu dangereuse. Petersen (de Kiel), a traité le sujet de la résection du genou chez les enfants ; et Hansmann (de Hambourg), a indiqué une nouvelle méthode pour consolider des fragments osseux dans les fractures compliquées.

M. Schede (de Hambourg) a parlé ensuite, dans la séance de l'après-midi, de la guérison des *plaies* sous un caillot sanguin humide. L'orateur a laissé de grandes plaies pleines de gros caillots, ce qui semblait fort dangereux jusqu'à ce jour. La faculté d'organisation que possède le caillot favorise au contraire beaucoup la guérison de la plaie. La guérison se fait sans réaction, la cicatrisation marche vite, il n'y a pas de fistules et les membres malades recouvrent fort bien leurs mouvements. La méthode est bonne dans de grandes plaies osseuses, la nécrose est évitée, les tendons ne s'atrophient pas ; s'il n'y a pas d'asepsie complète, on ne doit pas employer cette

méthode. Si l'hémorrhagie n'est pas par elle-même suffisante, il faut la favoriser pour arriver à remplir toute la cavité produite par la blessure. Puis, cette dernière sera couverte d'un protective, d'un pansement antiseptique et on recommandera le repos absolu. Une brochure spéciale donne le compte rendu des résultats obtenus à Hambourg par la méthode. — MM. Volkmann et Bergmann considèrent la méthode comme ancienne mais non exempte de danger.

M. Wahl (de Essen) a parlé de la tuberculose par inoculation ; Volkmann du traitement des abcès par congestion dans les caries vertébrales ; Bircher (de Berne) de la rétention immédiate dans les cas de *fractures* du membre inférieur; Küster de la hernie inguino-sous-cutanée, mais toutes ces communications ont dû être écourtées par suite du manque de temps. Pour le Congrès prochain on a donné comme sujets : le traitement opératoire de l'occlusion intestinale, de la péritonite et de la perforation de l'intestin. Puis le Congrès a été clos.

Dr Casper.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 mars 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Grellety expose à la Société le traitement du *prurit anal* simple, indépendant de toute lésion, qu'on observe souvent chez les névropathes et les arthritiques Outre un régime général adoucissant il propose des lavements tièdes à l'eau boriquée à 10 par 1,000 ; l'application de compresses d'eau amidonnée ; une pommade à l'oxyde de zinc à 4 gr. pour 20 gr. de vaseline, ou des mèches enduites d'une solution de cocaïne.

M. Tanret montre des échantillons de divers corps qu'il a retirés de l'écorce d'oranges amères : l'acide kespérique, l'isokéspéridine, l'aurantiamarine, l'acide aurantiamarique et un autre acide encore innommé.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur l'*éthoxycaféine*. Ce corps est un hypnotique plus qu'un tétanisant, bien qu'à la dose de 50 cent. en injections hypodermiques Il amène chez l'homme des nausées, vertiges et vomissements. Ce médicament trouve son emploi dans les migraines. L'auteur a tiré profit de la potion suivante au véhicule de laquelle on ajoutera :

Ethoxycaféine.	ââ 0.25 centigr.
Salicylate de soude.	
Chlorhydrate de cocaïne.	un —

afin d'éviter l'irritation stomacale.

M. C. Paul dit qu'on a expérimenté en Allemagne l'*hydroxyle de caféine* qui présente des propriétés sensiblement analogues au corps étudié par M. Dujardin-Baumetz. Ces dérivés de la caféine lui sont supérieurs. On a trop vanté cette substance, même au sein de la Société, et l'auteur tient à dire que la caféine restera toujours au-dessous de la digitale comme tonique du cœur, car elle enraye des douleurs et des nausées souvent insupportables. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE

Séance du 1er avril 1886. — Présidence de M. Putzeys.

M. Francotte présente un enfant de 11 ans, atteint de *paralysie cérébrale spastique de l'enfance.* Le corps est un peu incliné à droite, les membres supérieur et inférieur droits sont plus maigres et plus courts que ceux du côté opposé ; les mouvements passifs y sont un peu difficiles, les réflexes très marqués, la contractibilité électrique et la sensibilité intactes.

M. Francotte fait suivre sa description de quelques réflexions sur la nature de cette poliencéphalite aiguë (Strümpell). (Voir aux annales.)

M. Henrijean montre des *appareils de chirurgie* inventés par *Sayre* (de New-York), destinés à produire l'extension, la contre-extension et le redressement dans les affections articulaires. Ils sont très pratiques et peu coûteux.

M. Fraipont montre une jeune fille à qui on a pratiqué à la clinique chirurgicale de l'hôpital de Bavière une résection de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, opération recommandée par Ogston pour guérir le *pied plat douloureux*. Le résultat en est parfait.

M. Fraipont présente une femme qui a subi la *résection du tarse* pour une *carie fongueuse.* On a enlevé le cuboïde, les trois cunéiformes, une moitié du scaphoïde, une petite partie de l'astragale et du calcanéum et les extrémités postérieures de trois métatarsiens. Le résultat est excellent.

Le même membre montre un *kyste de l'ovaire* très volumineux ayant renfermé 25 litres de liquide, ainsi qu'un *carcinome du sein* développé autour de deux aiguilles.

M. Froidbise lit un rapport sur un travail du Dr Van Diryse : *Deux cas d'érythropsie.* Dr Leplat.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

XII. Des migraines ; par le Dr G. Sarda. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

XII. Simplifiant les classifications diverses admises jusqu'ici, M. Sarda divise les migraines en *migraines vulgaires* et *migraines sensorielles.* Il insiste surtout sur ces dernières ; et tout en reconnaissant l'existence possible de migraines olfactive, gustative et auditive, il décrit spécialement la *migraine ophthalmique.* Cette affection,désignée aussi des noms divers d'irisalgie, d'hémiopie périodique, de scotome scintillant, est essentiellement caractérisée par l'apparition dans le champ visuel d'une figure lumineuse circulaire, puis demi-circulaire, en zig-zag ou de dessin de fortification, animée de mouvements vibratoires, diversement colorée, suivie souvent d'une hémianopsie latérale, de douleurs hémicrâniennes, de nausées et de vomissements. A côté de cette *forme vulgaire* existent la *forme fruste* dans laquelle un ou plusieurs symptômes peuvent faire défaut ; la *forme dissociée*, dans laquelle tous les phénomènes se présentent bien au cours d'un accès, mais séparés par des intervalles plus ou moins considérables. Une dernière forme, la plus intéressante, est celle de la *migraine ophthalmique associée* dans laquelle on note, en plus des symptômes ordinaires, des troubles divers de la sensibilité générale,des troubles moteurs (aphasie, parésie, ou paralysies, convulsions épileptiformes, vertiges), des troubles intellectuels.

Au point de vue *étiologique*, l'accès peut être provoqué par les causes les plus diverses, souvent fort légères, presque insignifiantes. Quant à la migraine elle-même, si elle peut exister à l'état de névrose idiopathique, elle est le plus souvent symptomatique non d'un état local, mais d'un état général (arthritisme, herpétisme, névropathie).

La *physiologie pathologique* de la migraine a donné lieu, on le sait, à des interprétations variées dont le nombre prouve justement notre ignorance à cet égard. Après avoir passé successivement en revue la théorie de Dubois-Reymond (excitation du grand sympathique provoquant la tétanisation des vaisseaux), celle de Mollendorf (paralysie sympathique amenant une dilatation vasculaire), de Jaccoud (combinaison des deux effets à des périodes différentes de l'accès), d'Eulenburg qui décrit deux formes de migraines, la forme vaso-contrictive et la forme vaso-dilatatrice, M. Sarda se range à l'opinion de Gubler, Bordier, Huchard, Vulpian, Grasset, et à côté de l'action vaso-motrice du sympathique qui est incontestable, il fait jouer un rôle important au nerf trijumeau. Quant aux troubles oculaires de la migraine ophtalmique, ils sont vraisemblablement d'ordre cérébral et dus à des troubles de vascularisation de nature ischémique ainsi que les phénomènes d'aphasie. La région dont la lésion déterminerait l'hémiopie serait comprise, pour Féré, entre le pli courbe et le sillon de Rolando. Quelques considérations diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques terminent cet intéressant travail. J. S.

XIII. Pathogénie des atrophies musculaires ; par le Dr Pierre Parisot. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1886.

XIII. M. Parisot distingue,dans son travail,les amyotrophies dues à une lésion du système nerveux central, celles qui sont liées à des altérations du système nerveux périphérique, celles d'origine myopathique. Il étudie enfin les amyotrophies consécutives aux lésions osseuses ou articulaires et celles qui se rencontrent aux cours des intoxications, des dyscrasies, des cachexies. Dans les affections spéciales ou bulbaires, qui sont d'ailleurs assimilables, la cause de l'atrophie réside dans la

lésion des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, lésion qui est primitive et non secondaire, comme le voulait Friedreich. Le rôle trophique de ces cellules est encore à invoquer dans les atrophies dues à une lésion cérébrale primitive ; dans certains cas, la lésion cellulaire peut ne pas être appréciable et l'on est fondé à croire alors à l'existence d'un trouble dynamique de ces mêmes cellules.

Le chapitre des amyotrophies d'origine périphérique est longuement traité, et cela se comprend de reste, car la question des névrites périphériques est aujourd'hui toute d'actualité. Après avoir passé successivement en revue les théories de l'immobilisation vaso-dilatatrice, vaso-constrictive, des nerfs trophiques, de l'interruption, de l'influence trophique de la moelle, la théorie réflexe, de la névrite ascendante, de la polynévrite, M. Parisot, discutant et rejetant la théorie de Erb, qui place la cause première de la névrite dans le ganglion spinal, admet, avec Strümpell, que les deux segments du système neuro-musculaire peuvent être frappés simultanément ou successivement, et de même qu'il y a des amyotrophies d'origine myélopathique, de même il y en aurait d'origine névritique. De même aussi, on peut admettre l'existence d'amyotrophies d'origine uniquement myopathique. Parmi ces dernières, l'auteur étudiant les diverses formes d'amyotrophies progressives, rejette l'hypothèse d'un trouble fonctionnel primitif du myélaxe pour admettre que le muscle est malade protopathiquement, c'est-à-dire d'un façon absolument indépendante d'une modification dans l'innervation centrale, ou périphérique. Quant aux amyotrophies d'origine articulaire, elles sont vraisemblablement sous la dépendance d'une affection spéciale dentéropathique, modification peu profonde, sorte de stupeur de l'élément cellulaire des cornes antérieures.

Dans les dyscrasies, les intoxications, les cachexies, de nouveaux facteurs morbides peuvent être invoqués (action directe de la substance toxique sur le muscle, ou indirecte par l'intermédiaire de la moelle ; hyperthermie, état infectieux).

J. S.

XIV. Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané ; par le Dr Chuffart. — Fel. Alcan, éditeur; Paris, 1886.

XIV. La première difficulté qu'a rencontrée M. Chuffart a été celle de bien délimiter le sujet qui lui était échu. Par le mot « *rhumatismal* » fallait-il comprendre à la fois et la diathèse rhumatismale et les pseudo-rhumatismes ou rhumatismes infectieux, dont l'existence paraît bien établie désormais ? D'autre part, en prenant le mot rhumatisme dans son sens le plus général, fallait-il allier goutte et diathèse rhumatismale, ces deux états morbides, si analogues au point de vue pathogénique du moins. M. Chuffart ne l'a pas cru : dans son travail il s'est efforcé de séparer diathèse rhumatismale et rhumatismes infectieux ; et d'autre part a montré qu'il devait décrire,— sous peine de laisser systématiquement de côté toute une catégorie de faits des plus intéressants, quoique mal élucidés encore,—les manifestations rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, aussi bien dans le rhumatisme chronique que dans le rhumatisme aigu, qu'il soit articulaire ou abarticulaire.

Après avoir donné un court résumé de la constitution normale du tissu cellulaire sous-cutané, l'auteur indique le plan qu'il compte suivre dans l'exposé des lésions multiples qu'il a à considérer. Il adopte l'ordre suivant : Manifestations aiguës, — subaiguës ou chroniques, — enfin secondaires et indirectes. Toutes ces manifestations rhumatismales exigent, à son avis, pour se produire : 1° Une prédisposition individuelle qui crée l'imminence morbide ; 2° une cause extérieure (le froid, un traumatisme) qui crée la localisation ; elles se développent d'ailleurs par des mécanismes divers. Sous la rubrique *Manifestations aiguës*, il y a : a) Les *œdèmes périarticulaires*, caractérisés par une infiltration séreuse avec un léger degré de prolifération cellulaire presque négligeable ; b) le *pseudo-phlegmon* ou *œdème rhumatismal inflammatoire* de Kirmisson, tenant le milieu entre les lésions aiguës et les manifestations chroniques de la diathèse rhumatismale ; c) L'*œdème rhumatismal essentiel*, bien étudié par MM. Potain et Davaine, et l'*anasarque dite rhumatismale ; d)* enfin les *nodosités sous-cutanées éphémères*, à début brusque et à durée très courte, décrites par Féréol. — Comme *Manifestations chroniques*, M. Chuffart cite les *nodosités sous-cutanées durables* et le *pseudo-lipome* ; il ajoute que le processus lipomateux peut se généraliser à toute l'étendue du corps et reconnait l'existence d'une sorte de *diathèse lipomateuse*.—Mentionnons pour terminer les altérations *secondaires et indirectes*, moins importantes et plus rares, c'est-à-dire la maladie de Dupuytren ou rétraction de l'aponévrose palmaire, des formes spéciales de sclérodermie (sclérodermie généralisée, en plaques, localisée), l'éléphantiasis secondaire, conséquences d'œdèmes chroniques par l'intermédiaire du système nerveux et de troubles de nutrition localisés ; ajoutons encore l'obésité et la sénilité précoce, conséquences du retentissement sur la nutrition de la diathèse rhumatismale qui amène l'accumulation de certains éléments et la disparition de certains autres.

Un chapitre est consacré à chacune de ces manifestations rhumatismales classées d'une façon très clinique et par conséquent pratique ; l'auteur, en raison de l'obscurité qui règne encore sur la pathogénie de ces lésions, a préféré avec raison suivre cette méthode qui lui a permis de réunir en un tout bien agencé les faits contenus dans une foule de mémoires disséminés çà et là dans la littérature médicale.

Marc. B.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du Salicylate de Soude.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée en pratique : C'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au Salicylate de Soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on observe généralement : 1° la cessation rapide des douleurs ; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants ; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit, et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition comme la Solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette Solution contient très exactement 2 grammes de Salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et 0,50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu par son emploi une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous

les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement, au lieu de six semaines autrefois.

« Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose ; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le Salicylate de Soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

VARIA

Institut Pasteur.

Le *Journal officiel* a publié la seizième liste de souscription à l'Institut Pasteur, elle s'élève à 8.514 fr. 10. Le total général à ce jour est de 597.871 fr. 47. — Vendredi 16 avril, M. le Ministre de l'instruction publique a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi autorisant l'ouverture d'un crédit extraordinaire de 200.000 fr. à l'effet de contribuer à la souscription ayant pour objet la fondation d'un établissement pour le traitement de la rage (Institut Pasteur). Renvoi à la commission du budget. — La municipalité de Rome, de moitié avec l'Etat, fera envoyer deux docteurs en médecine à Paris pour étudier la méthode de Pasteur. Ils seront choisis par l'Académie de médecine.— L'un des Russes mordus par un loup enragé et arrivés par le dernier convoi, est mort hier matin, à dix heures, à l'Hôtel-Dieu. Il avait été fort maltraité et, malgré tous les soins dont il avait été l'objet, ses blessures aux bras et aux jambes n'avaient pu se cicatriser. Il a été amené à l'Hôtel-Dieu dimanche, au moment où il éprouvait les premiers symptômes de la rage. L'autopsie du corps a été faite mardi matin par le professeur Cornil. — Parmi les personnes récemment arrivées pour être soumises au traitement de M. Pasteur, se trouvent plusieurs Arabes de la province d'Alger, qui ont été mordus par un chien enragé. — Le Dr Davidoff (de Smolensk), a télégraphié à M. Pasteur pour lui annoncer le retour des Russes sortis récemment de son Institut, en ajoutant qu'ils sont arrivés en parfaite santé et pleins de reconnaissance pour l'illustre savant qui les a traités.

Une conférence préliminaire de la commission chargée d'étudier les méthodes de Pasteur, a eu lieu la semaine dernière, à *Londres*, chez sir J. Paget.

On annonce que le Dr Unkowski (de Moscou), a été envoyé à Paris pour étudier le traitement de la rage par la méthode Pastorienne. — L'une des dernières malades russes mordues aux mains et à la face par un chien enragé, qui a été soumise au traitement une douzaine de jours après les morsures, et qui se trouve actuellement dans le service de M. Terrillon, à la Salpêtrière, est atteinte de la rage.

Ecole supérieure de pharmacie : Démission de M. Chatin.

M. Chatin, directeur de l'Ecole de pharmacie, professeur à ladite Ecole, vient d'envoyer sa démission de Directeur. Conformément aux décisions nouvelles prises par M. Goblet, ministre de l'instruction publique, son successeur, en tant que directeur, sera désigné par la réunion des professeurs. M. Chatin reste professeur ; or il est né le 30 novembre 1813 ; il a donc 73 ans et devrait être admis à faire valoir ses droits à la retraite, car nous ne croyons pas que le titre de membre de l'Institut ait le privilège de réparer des ans l'irréparable outrage.

Association française pour l'Avancement des Sciences

L'*Association française pour l'Avancement des Sciences* vient de voter, à titre d'encouragement pour leurs travaux, à un certain nombre de savants, les subventions suivantes :

M. Delage, pour aider à la reproduction héliographique des particularités intéressantes de l'anatomie d'une baleine échouée à Langrune, 1,200 fr. — M. Viallanes, pour contribuer à des recherches sur la photographie microscopique, 600 fr. — M. G. Pouchet, pour la construction d'un thermomètre enregistreur et sous-marin, 400 fr. — M. Sabatier, pour la continuation de ses recherches sur la sexualité, 500 fr. — M. Marey (de l'Institut), pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches de physiologie, 2,000 fr. — M. Topinard, pour aider à l'établissement d'une carte de la repartition de la couleur des yeux et des cheveux, 1,500 fr. — M. Andouard, pour la continuation de ses recherches sur les laits (subvention B. Brunet), 1,000 fr. — M. Magnin, pour contribuer à la publication de cartes concernant la distribution géographique des végétaux, 300 fr. — M. Daleau, pour aider à la continuation de ses fouilles anthropologiques, 250 fr. — M. Nicolas, pour aider à la continuation de ses recherches anthropologiques, 300 fr. — M. Dehérain, pour l'achat d'une étuve destinée à des recherches de physiologie végétale, 600 fr. — *Société d'anthropologie de Lyon*, pour contribuer aux fouilles des tumulus de la région de Bourgoin, 500 fr. — *Laboratoire de Wimereux*, pour contribuer à l'achat d'une collection des animaux marins de la Méditerranée, 500 fr. — MM. Testut et Dufourcet, pour les fouilles des tumuli sous-pyrénéens, 500 fr. — *Académie d'Hippone*, pour contribuer à la publication de ses travaux, 300 fr. — *Souscription au fonds d'encouragement pour l'étude de la tuberculose*, 200 fr. — M. Prozomaus, pour contribuer à des recherches de chimie organique, 500 fr. — *Bourses de sessions*, 500 fr. — M. Lefort, pour la continuation des recherches de géologie locale (subvention de la ville de Paris), 400 fr. — *Société de physique*, pour aider à la publication des *Œuvres d'Ampère*, 300 fr. — *Observatoire du Mont-Ventoux*, pour aider à l'installation de l'observatoire, 5,000 francs en trois annuités ; pour cette année, dernière annuité de 2,000 fr. — M. Regnault, pour contribuer aux dépenses de fouilles paléontologiques. — M. l'abbé Béroud, pour aider à la continuation de fouilles anthropologiques, 100 fr.

La quinzième session de l'Association française s'ouvrira à Nancy le 12 août 1886, sous la présidence de M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne.

Décision du ministre de la guerre portant organisation et fonctionnement de la section technique du service de santé.

I. *Attributions générales.* — La section technique du service de santé, créée en exécution du décret du 1er mars 1886, est chargée de l'étude des questions techniques qui lui sont soumises par le directeur de la 7e direction, au sujet du service de santé dans les corps de troupe, les hôpitaux militaires, les hospices civils, les établissements spéciaux, les formations sanitaires de campagne. Elle constitue une section spéciale de cette direction et son personnel est assimilé en tout et pour tout au personnel de la 7e direction. Son chef réunit à ses attributions celles de secrétaire du comité consultatif de santé.

II. *Organisation.* — Cette section comprend 4 sous-sections chargées, chacune, de l'étude des questions rentrant dans l'une des subdivisions suivantes : 1° Sciences médicales proprement dites (travaux scientifiques, programmes des examens et des concours, etc.) ; 2° Hygiène, application des sciences médicales dans l'armée (désinfections, etc., etc.) ; 3° Matériel ; 4° Statistique médicale.

III. *Composition.* — La section technique du service de santé comprend un personnel militaire et un personnel civil. — *Personnel militaire* : 1 médecin principal (secrétaire du comité consultatif de santé), chef ; 4 médecins principaux ou majors, employés dans le gouvernement de Paris ; 2 médecin-majors, attachés au cabinet du directeur ; 1 médecin-major, chargé spécialement de la statistique médicale ; 1 pharmacien-major, attaché au cabinet du directeur, 2 expéditionnaires sous-officiers ou soldats à la 22e section d'infirmiers. — *Personnel civil* : 1 bibliothécaire, 2 commis civils, dont un rédacteur ; 1 gardien de bureau. La commission des archives est supprimée.

IV. *Fonctionnement.* — 1° *Questions techniques intéressant le service de santé seul.* Ces questions comprennent principalement : 1° Les mesures hygiéniques de désinfection et d'assainissement ; 2° L'examen des projets établis pour la contruction, l'extension et les améliorations des hôpitaux, hospices et infirmeries ; 3° Les modifications à apporter à l'alimentation des malades dans les hôpitaux, les hospices et les infirmeries ; 4° Les modifications à apporter au matériel du service de santé ; 5° Les offres et inventions se rapportant au traitement des malades ou à l'hygiène de l'armée ; 6° L'appréciation et la publication des travaux scientifiques des officiers du corps de santé ; 7° Les archives de médecine et de pharmacie militaire ; 8° La statistique médicale ; 9° La centralisation des résultats du traitement des malades dans

les hôpitaux d'eaux minérales ; 10° La révision des règlements spéciaux du service ; 11° Les bibliothèques ; 12° Les programmes des concours et des examens concernant les officiers, stagiaires et élèves du service de santé ; 13° L'instruction technique des infirmiers et brancardiers ; 14° L'examen des charges pour les adjudications du service de santé. La section technique ne doit pas faire double emploi avec le bureau des hôpitaux ; elle n'a, par suite, aucune attribution administrative ou budgétaire. Elle est exclusivement consultative. Ses avis et propositions sont soumis par le chef de la section au directeur qui fait prendre les mesures d'exécution s'il juge l'instruction suffisante, ou qui, dans le contraire, provoque un complément d'instruction par le comité consultatif de santé. Selon la nature de l'affaire, il propose au ministre la désignation des membres militaires ou civils à adjoindre aux membres permanents du comité. L'ordre de réunir le comité est notifié par le directeur au président, qui fixe la date de la réunion, et fait convoquer les membres désignés. Le travail de la section technique sert de base à la délibération. Le chef de la section, secrétaire du comité, rédige le procès-verbal de la séance qui relate le résumé de la discussion, et la conclusion finale de la majorité. Ce procès-verbal est signé par le secrétaire et approuvé par le président du comité. Un extrait en est remis par le chef de la section au directeur, qui le soumet au ministre et fait assurer, par les bureaux compétents, l'exécution de la décision ministérielle intervenue. — 2° *Questions techniques intéressant plusieurs services.* Lorsqu'une question technique soumise à la section lui paraît nécessiter l'intervention d'un autre service, la section, après avoir obtenu l'autorisation de son directeur, s'adresse à la section intéressée qui lui adjoint un ou plusieurs membres pour l'instruction. Si la question comporte une instruction au 2e degré, le directeur provoque la réunion d'une délégation des comités intéressés. Enfin, dans le cas où une affaire a donné lieu, dans plusieurs directions, à une instruction séparée, le ministre forme, en cas de divergence entre les solutions proposées, une délégation des divers comités intéressés pour formuler un avis définitif. Un des secrétaires de ces comités est désigné pour rédiger le procès-verbal, qui est adressé directement au ministre par le président. Le ministre notifie ses décisions aux divers directeurs intéressés. Les dossiers des affaires sont conservés dans les bureaux de la direction. MM. les chefs de bureau les mettent à la disposition de la section, sur une note de service signée par le chef de la section. Ces dossiers font retour aux archives des bureaux, quand ils ne sont plus nécessaires à la section. Les minutes des rapports de la section technique sont soumises au directeur par le chef de la section, et, après son approbation, mises au net par un des employés du bureau désigné à l'avance par le chef du bureau. Les expéditions sont signées par le chef de la section et visées par le directeur. Les minutes restent annexées aux dossiers. MM. les chefs de bureau demeurent chargés de l'exécution des mesures ordonnées à la suite de ces différents travaux.

V. *Budget de comptabilité.* — Le service de la section technique comporte des dépenses pour frais de bureau, études et expériences. La comptabilité de ces dépenses sera établie d'après les règles en vigueur à l'administration centrale de la guerre.

Les sœurs pharmaciennes. — Des effets du sulfate de zinc sur l'organisme; par M. Lepetit (1).

Dans un des établissements pénitentiaires d'un département de l'Ouest le service médical était ainsi organisé : un docteur en médecine externe pour visiter les malades ; à la tête de la pharmacie, une sœur hospitalière pour préparer et distribuer les médicaments. La provision de sel de Gaubler étant épuisée, la sœur remplit le flacon d'une poudre blanche, et pendant plusieurs mois la sœur distribua son nouveau produit sans qu'aucun accident se manifestat ; la seule différence qu'on remarqua, c'est qu'au lieu d'une simple purgation, on obtenait les effets d'un éméto-cathartique. Le médecin ayant le même jour ordonné le purgatif ordinaire à trois détenus aux doses de 30, 45 et 60 grammes, les deux premiers éprouvèrent les phénomènes habituels, tandis que le troisième vomit peu, fut peu purgé, mais ressentit de très violentes douleurs générales, et au bout de quelques heures succombait. L'autopsie et l'analyse chimique des organes furent faites. Il fut facile à l'expert de caractériser la poudre blanche qui était du sulfate de zinc. *Si les doses prescrites furent exactement données* par la sœur, il résulterait de cette observation que le sulfate de zinc n'aurait agi que comme éméto-cathartique jusqu'à la dose de 45 grammes sans amener la mort. La sœur traduite en police correctionnelle fut condamnée à quelques francs d'amende ! Qu'en pensent M. Desprès et M. Dujardin-Beaumetz ?

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 3. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Nicaise, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Damaschino, Cruveilhier, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Fournier, Rémy. — 3e *de Doctorat*, 1re partie : MM. Gueniot, Terrier, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, A. Robin.

Mardi 4. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Berger, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Bouchard, Cruveilhier, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Mathias-Duval, Grancher, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Richelot, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Legroux, Raymond ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Péter, Hallopeau.

Mercredi 5. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cruveilhier, Terrier, Reclus. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Hayem, Nicaise, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Le Dentu, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Guéniot, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Damaschino, Rendu.

Jeudi 6. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Mathias-Duval, Cruveilhier, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Berger, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Bouchard, Debove. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Pajot, Duplay, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Delens, Richelot, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Peter, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. G Sée, Ball, Troisier.

Vendredi 7. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cruveilhier, Nicaise, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Béclard, Gariel, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Damaschino, Rendu, — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Le Dentu Terrier, Budin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Gueniot, Kirmisson.

Samedi 8. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Berger, Richelot, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Grancher, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Mathias-Duval, Cruveilhier, Joffroy ; — 3e *Série* : MM. Bouchard, Duplay, Peyrot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Hardy, Peter, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Ball, Legroux, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 6. — M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — M. Planès. La folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du Dépôt, à la préfecture de police. — *Vendredi* 7. — M. Guzman. Des fistules congénitales du cou, fistules branchiales. Etude anatomo-pathologique. — M. Drapier. Contribution à l'étude de l'influence des anesthésiques sur la nutrition. — *Samedi* 8. — M. Barbet. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine. — M. Grias. Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle.

Enseignement médical libre.

Cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie. — M. le Dr L. Martineau, médecin de l'hopital de *Lourcine*, commencera son cours le mercredi 5 mai, à neuf heures, et le continuera tous les mercredis et samedis à la même heure. Objet du cours et ordre des travaux : le mercredi, *Thérapeutique de la métrite* ; le samedi, *Thérapeutique de la syphilis.* — Visite et examen des malades, tous les jours à neuf heures — Pour assister à ce cours, MM. les Etudiants en médecine recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hopital.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Canules à irrigations nasales et auriculaires; par le Dr Moure.

M. le Dr Moure vient de présenter récemment à la Société de médecine de Bordeaux la canule nasale dont il se sert pour pratiquer les irrigations nasales (douche de Weber). Cette canule, coudée à angle droit, a l'avantage de forcer en quelque sorte le malade à être adroit malgré lui et à diriger, comme il convient, le liquide dans les cavités du nez. La plupart des personnes usant de la douche de Weber, persuadées que les fosses nasales se dirigent en haut vers le cerveau et se servant d'embout plus ou moins olivaires, envoient le liquide médicamenteux vers leurs sinus frontaux ou la lame criblée de l'ethmoïde. Il résulte de cette manière de faire que l'injection occasionne des maux de tête et même des névralgies qui obligent bien souvent le médecin à renoncer à l'emploi d'un moyen thérapeutique si précieux dans bien des cas.

Pour éviter ces inconvénients et surtout pour ne pas être obligé de donner des explications anatomiques qui risqueraient d'être mal comprises ou mal interprétées, il suffit de recommander au

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, 1er avril 1886.

malade de tenir le manche de la canule en bas, vers le menton, *éloigné d'environ 4 ou 5 centimètres* de ce dernier. L'ouverture dont est percée la canule regarde alors directement en arrière vers le pharynx nasal et le liquide injecté se trouve ainsi forcé de



Fig 38. — 1° Extrémité de la canule s'adaptant sur l'embout du tuyau de l'irrigateur ou du siphon — 2° Extrémité nasale percée d'un trou et destinée à être introduite dans l'une des narines. — 3° Portion coudée de la canule légèrement renflée pour bien fermer l'orifice de la narine dans laquelle elle est introduite.

suivre le plancher des fosses nasales. Pour bien pratiquer la douche de Weber on recommande ensuite au malade de pencher assez fortement la tête en avant et d'ouvrir largement la bouche pour éviter que le liquide ne tombe dans cette cavité. Comme d'habitude on emploiera toujours une solution médicamenteuse tiède et appropriée à l'état du malade (*fig.* 38).



Fig. 39

La *fig.* 39 représente une canule pour injections auriculaires. L'extrémité effilée est munie d'un embout olivaire empêchant l'introduction trop profonde de la canule dans le conduit auditif. D'un autre coté, cet embout est muni de rainures destinées à laisser le liquide injecté s'écouler au dehors.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche avril 11 1886 au samedi 17 avril 1886, les naissances ont ete au nombre de 1226 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 431; illégitimes, 171. Total, 602. — *Sexe féminin* : légitimes, 452; illégitimes, 172. Total, 624.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 avril 1886 au samedi 17 avril 1886, les décès ont été au nombre de 1167, savoir : 651 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8. F. 2. T. 10. Variole : M 4. F 3. T. 7.— Rougeole : M. 12; F. 14, T. 26 — Scarlatine : M. 7. F. 0 T, 7. Coqueluche : M. 12, F. 10 T. 22.— Diphthérie, Croup : M. 28 F. 26, T. 54. —Dyssenterie : M. 0, F. 1, T. 1.— Erysipèle : M. 2, F. 5. T. 7. — Infections puerpérales : 9 — Autres affections épidémiques : M. ., F ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 18 F. 21, T. 39.—Phthisie pulmonaire : M. 137, F. 89 T. 236. —Autres tuberculoses: M. 22, F. 13. T. 35.—Autres affections générales : M. 36, F. 43 T 79 —Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 26, F. 28, T. 54.—Bronchite aiguë: M. 23, F. 13 T. 36 — Pneumonie : M. 55, F. 55, T. 110 — Athrepsie : M. 38, F. 36 T 74. — Autres maladies des divers appareils : M. 189, F. 135, T. 324 — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. —Morts violentes : M. 21 F 8. T. 32.— Causes non classées M. 10, F. 6, T. 16.

***Morts-nés et morts avant leur inscription* : 96 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36; illégitimes, 15. Total : 57 — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 18. Total : 45.**

Concours d'agrégation en chirurgie et accouchements. —La première épreuve définitive (épreuve orale d'une heure, après 24 heures de préparation), est terminée. Le concours est suspendu pendant les vacances de Pâques. La seconde épreuve (épreuve clinique) commencera le lundi 3 mai 1886, à cinq heures du soir, à l'Hotel-Dieu.

Faculté des sciences de Paris. — *Agrégation des sciences naturelles.* Les épreuves préparatoires de l'agrégation des sciences naturelles commenceront dans toutes les académies le 26 juillet prochain, au lieu du 2 du même mois. — M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Hermite, non acceptant.

Le samedi 17 avril 1886, à 9 et à 3 heures, dans la salle des examens, M. Wyrouboff et Garbe soutiendront, pour obtenir le grade de docteur ès-sciences physiques, les thèses ci-dessus : M. Wyrouboff, à 9 heures : *Recherches sur la structure des corps cristallisés doués du pouvoir rotatoire* ; — M. Garbe, à 3 heures : *Recherches expérimentales sur le rayonnement.*

M. le Pr Lippmann, a commencé son cours de physique le samedi 17 avril 1886, à 2 heures, et le continuera le mardis et samedis de chaque semaine à la même heure. Il traitera de l'*acoustique* et de *l'optique.*

Faculté de médecine de Paris. — M. Charcot, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, est dispensé, du 1er avril au 31 octobre 1886, du service des examens.—Un congé pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guyon, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. — M. Richelot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886 d'un cours de pathologie externe à ladite Faculté.

Les candidats aux examens qui sont appelés du 3 au 8 mai devront avoir reçu leur lettre de convocation le jeudi 22 avril dernier.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Les professeurs, les suppléants, chargés de cours et agrégés en exercice de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux sont convoqués, le mercredi 12 mai 1886, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Bordeaux en remplacement de M. Coyne, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier.— M. Bertin-Sans, aide de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur de physique à ladite faculté en remplacement de M. Lanret, démissionnaire.—M. Gervais de Rouville (Jules-Paul-Georges), bachelier ès lettres et bachelier ès sciences est chargé, jusqu'au 31 octobre 1886, des fonctions d'aide de physiologie à la faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Bertin-Sans appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — Mme Fumat est nommée aide d'anatomie à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger en remplacement de M. Labbé, dont la délégation est expirée.—M. Labbé est nommé prosecteur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Castelli, dont la délégation est expirée.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Labussière, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille en remplacement de M. Vizern, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Dicon, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé pour trois ans directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. Cesbron, pharmacien de 1re classe, est chargé, à titre provisoire, des fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.—M. Lefèvre (J.), licencié ès sciences mathématique et ès sciences physique, agrégé de physique, est institué pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Ecole de médecine de Nantes. — Les questions posées au concours pour une place de suppléant des chaires de chimie et physique à l'Ecole de médecine de Nantes, ouvert le 25 mars dernier, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, ont été les suivantes : Composition écrite : *Des piles* ; — Leçon orale : *Des sucres* ; — Epreuves pratiques de physique : 1° *Mesure d'un angle au goniomètre*; 2° *Détermination d'une densité de vapeur par la méthode Dumas* ; — Epreuves pratiques de chimie : 1° *Analyses qualitatives d'un mélange sur les minéraux* ; 2° *Analyse qualitative d'un mélange de fécule et de strychnine.*

Le concours pour une place de suppléant de la chaire d'histoire naturelle est remis à une date qui sera fixée ultérieurement.

Universités étrangères. — M. le Dr Eversbuch (de Munich) est nommé professeur ordinaire d'ophthalmologie à Erlangen. — M. le profr Fr.-Alb. Hofmann (de Dorpat) est proposé pour remplacer le professeur Strkumpell à la policlinique de Leipzig. — M. le Dr Haab est nommé à Zurich professeur d'ophtalmologie, en remplacement de M. Horner, démissionnaire.

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale a eu lieu le dimanche 18 avril, à 2 heures, sous la présidence de M. le doyen Béclard, dans le grand Amphithéatre de la Faculté. Elle a eu pour objet la nomination d'un président et de deux vice-présidents.

Académie de médecine. — Le délai de la remise des mémoires adressés pour les prix de 1886 expire le 30 juin.

Convocations. — L'assemblée générale annuelle de la caisse des *pensions de retraite* du corps médical français aura lieu le dimanche, 2 mai, à 10 heures du matin, salons du Grand Véfour.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par arrêté du 11 avril 1886, sont appelés à faire partie de la section technique du service de santé militaire : MM. les médecins principaux de 2e classe, Chambé, Barthélemy et Laveran ; — MM. les médecins-majors de 1re classe, Millet, Delorme, Granjux ; — M. le pharmacien-major de 1re classe, Schauffelé ; — MM. les médecins-majors de 2e classe, Belleau et Longuet.

CRÉATION D'UN FONDS D'ENCOURAGEMENT POUR LES ÉTUDES SUR LA GUÉRISON DE LA TUBERCULOSE. — A ce jour la souscription a atteint le chiffre de 38,242 fr. 80 c.

CHOLÉRA. — Le choléra fait des ravages sérieux à *Brindisi* depuis plus de huit jours. C'est pourquoi, par décision du 19 avril 1886, les provenances de Brindisi et environ sont soumises dans les ports français de la Méditerranée, à une observation de trois jours, et celles des autres ports d'Italie à une observation de 24 heures. On a pris des précautions analogues, mais moins sévères, pour les ports de l'Océan et de la Manche.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr LE DENTU est nommé chirurgien du collège Rollin, en remplacement de M. le Dr Gilette, décédé.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr A. FERRET, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux, ancien médecin adjoint de la clinique nationale opthalmologique des Quinze-Vingts, est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'étudier dans les principales Universités de ces pays l'enseignement de la chirurgie et de l'ophtalmologie.

NOMINATIONS DIVERSES. — M le Dr DOURY, est nommé médecin inspecteur des Ecoles pour la 6e circonscription du XVe Arrondissement de la Ville de Paris, en remplacement de M. Lebourq, démissionnaire.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal : *Les Annales de médecine Thermale*, (revue des Eaux minérales du centre de la France), paraissant le 5 de chaque mois, et dirigé par les principaux médecins d'eaux minérales des environs de Vichy : Drs Brochin, Cornillon, etc.; Mallat, pharmacien.

RÉCOMPENSES. — Le conseil municipal de Thiers, voulant laisser un souvenir de leur dévouement aux médecins et élèves en médecine qui se sont distingués lors de la catastrophe du 10 juin 1885, vient de délivrer des médailles commémoratives. *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Dumas et Guillemot (de Thiers) ; MM. les Drs Pojolat, Ledru, Laussédat (de Clermont) ; — *Médailles de bronze* : M. Guinbal, vétérinaire à Thiers ; MM. Grasset, Vaton et Mallet, élèves en médecine, venus de Clermont.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — Les séances auront lieu dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, les mardis 27 avril et jours suivants à 9 heures du matin. — *Liste des communications adressées au secrétaire du comité* : Dr Dianoux (de Nantes) : 1° Traitement de l'ophtalmie sympathique ; 2° Sur le ptosis congénital. — Dr Badal (de Bordeaux) : 1° L'arrachement du nerf nasal externe, substitué dans certains cas, à l'énucléation de l'œil ; 2° Les manifestations oculaires de la syphilis. — Dr Landolt (de Paris) : Démonstration d'un procédé de ténotomie dans l'insuffisance musculaire. — Dr Boucheron (de Paris) : Sur la nature du chalazion. — Dr L. De Wecker (de Paris) : Injections et pansements à l'ésérine. — Dr Javal (de Paris) : La théorie de la vision binoculaire élucidée par un cas de strabisme avec vision triple. — Dr Dufour (de Lausanne) : Sur la cataracte hémorrhagique. — Dr Georges Martin (de Bordeaux) : Etude d'ophtalmométrie clinique. — Dr Ch. Abadie (de Paris) : Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure en thérapeutique oculaire. — Dr Darier (de Paris) : Sur un nouveau mode de traitement de la conjonctivite granuleuse. — Dr Coursserant (de Paris) : 1° Sur un cas remarquable de sclérite rhumatismale double (avec présentation de malade) ; 2° A propos du jéquirity. — Dr Parinaud (de Paris) : La paralysie de la convergence. — Dr Tscherning (de Paris) : Quelques conséquences de la loi de Listing. — Dr Armaignac (de Bordeaux) : 1° Observations de nœvi multiples de l'œil et des parties voisines ; 2° Présentation d'un nouveau galvano-cautère simplifié et économique. — Dr Poncet (de Paris) : 1° Recherches histologiques sur le staphylome antérieur ; 2° Sur les granulations de la cornée (en collaboration avec le Dr Dehenne) ; 3° Bactériologie du chalazion. — Dr Gillet de Grandmont (de Paris) : 1° Des manifestations syphilitiques oculaires : de leur traitement ; 2° Observation de strabisme par trouble de la faculté de fusionner. — Dr Prouff (de Limoges) : Efficacité curative de la péritomie partielle faite en face des ulcères ou abcès graves périphériques de la cornée. — Dr Trousseau (de Paris) : La conjonctivite chrysophanique. — Dr Hubert (de Paris) : Des taches de la cornée, de leur traitement. — Dr Fieuzal (de Paris) : De la cautérisation avec le jus de citron dans la conjonctivite pseudo-membraneuse ; observations de conjonctivite pseudo-membraneuse et de conjonctivite diphthéritique. — Dr Dehenne (de Paris) : Des rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires et de leur traitement. — Dr Chibret (de Clermont-Ferrand) : 1° Les collyres permanents ; 2° Lois des déformations astimagtiques consécutives à l'opération de la cataracte ; conséquences pratiques. — Dr Debierre (de Paris) : Un cas rare d'anomalie congénitale de l'œil. — Dr Vacher (d'Orléans) : Du traitement de la sclérose cornéenne et de l'épiscléritis par les cautérisations ignées circulaires. — Dr Redard (de Paris) : Rapports entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. — Dr Motais (d'Angers) : Observations anatomiques et physiologiques sur la strabotomie. — Dr Haensell (de Paris) : Sarcome de la région ciliaire. — Dr Galezowski (de Paris) : 1° Sur les plaies cornéennes dans l'extraction de la cataracte ; 2° Sur la sclérotomie. — Dr Teillais (de Nantes) : 1° Amblyopie par intoxication paludéenne ; 2° De quelques hémorrhagies oculaires pendant la grossesse. — Dr Critchett (de Londres) : Quelques observations pratiques sur l'extraction de la cataracte. — Dr Dransart (de Somain) : Du décollement de la rétine. — Dr Masselon (de Paris) : Du glaucome. — Dr Meyer (de Paris) : Des hémianopsies progressives. *Présentation d'instruments* : Dr Chibret : 1° Phare ophtalmologique du colonel Mangin et du Dr Chibret ; 2° Chromatophotopmètre de Colardeau, Izain et Dr Chibret. — Dr Armaignac : Présentation d'un nouveau galvano-cautère simplifié et économique. — Dr Juler (de Londres) : Deux lampes électriques adaptées à l'ophtalmoscope. — Dr Motais : Présentation d'un nouveau pince-nez pour astigmatisme.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr G. VARRENTRAPP, conseiller sanitaire à Francfort-sur-le-Mein, fondateur et directeur du *Deutsche Vierteljahrschrift fur offentliche Gesundheitpflege*. — M. le Dr Henri THORENS, ancien interne des hôpitaux de Paris (il fut reçu en 1868), secrétaire général de la Société de médecine, membre du comité directeur de l'association générale d'Alsace-Lorraine, mort à l'âge de 41 ans. Il soutint en 1873 sa thèse de doctorat : *Documents pour servir à l'histoire des pieds-bots*. Il a fait de nombreuses communications à la *Société anatomique* de 1869 à 1873. — M. le Profr Edouard SOLLY (de Sutton), chimiste anglais bien connu, mort à l'âge de 67 ans. — M. le Dr Y. BOHM (de Budapest). — M. le Dr Emile BELLOT (de Prague). — M. le Dr Frédéric WULFF, auteur d'un certain nombre de travaux parus dans le *St. Petersburger Med. Zeischrift*, parmi lesquels nous citerons : *Uber Mahrodaktylie* (1861) ; *Uber Casuistik des progressiven Osteomalacie beim Manne*. — M. le Dr NIKOLAI WORONZOWSKI, professeur de médecine opératoire à Moscou ; par son testament il donne une somme considérable destinée à la fondation d'une bibliothèque à la clinique de la Faculté de médecine. — M. le Dr Luc. CARLET, mort le 4 avril 1886 à Panama, à l'âge de 27 ans, de la fièvre jaune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BERJON (A.). — La grande hystérie chez l'homme. — Phénomènes d'inhibition et de dynamogénie. — Changements de la personnalité. — Action des médicaments à distance. D'après les travaux de MM. Bourru et Burot. Brochure in 8° de 80 pages, avec 10 planches hors texte. — Prix : 3 fr.

LANNOIS (M.). — Nosographie des chorées. Brochure in-8 de 172 pages, avec 12 figures. — Prix : 4 fr.

WEILL (E.). — Des vertiges. Brochure in-8 de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. No 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 1er MAI 1886.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Contribution à l'anatomie du genou (1);

Par le Dr Paul POIRIER, prosecteur à la Faculté.

Tubercules sus-condyliens et fosses sus-condyliennes du fémur. — Insertions supérieures des jumeaux. — Ligament postérieur de l'articulation du genou.

3. LIGAMENT POSTÉRIEUR DE L'ARTICULATION DU GENOU.

Rien de plus vague que ce que les anatomistes décrivent d'ordinaire sous le nom de ligament postérieur de l'articulation du genou. De forme très irrégulière et à limites vaguement arrêtées, il se composerait. 1° *d'une capsule fibreuse pour chaque condyle* ; 2° *d'un ligament postérieur médian.*

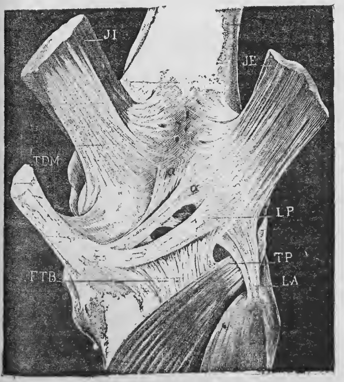


Fig. 40.

Il est aisé de démontrer que cette formule est inexacte et que le ligament qu'elle résume est insuffisant et ne mérite guère le nom de ligament postérieur.

« Les ligaments articulaires sont des liens fibreux destinés à unir les surfaces articulaires et à les maintenir dans leurs rapports naturels ; ils s'attachent solidement sur les os ; ils ont une structure spéciale (Sappey). »

Quelque attention qu'on apporte à cette étude, il est impossible de rien trouver qui réponde à cette définition dans le plan fibreux sus-jacent aux condyles et à l'échancrure inter-condylienne. En réalité, voici ce que la dissection y révèle.

Les muscles qui viennent s'insérer aux quatre coins postérieurs de l'articulation du genou envoient tous en dedans des expansions tendineuses destinées à combler et à fermer l'échancrure inter-condylienne. La principale de ces expansions, émanée du tendon demi-membraneux, est bien connue : plus large et plus brillante que les autres, elle a accaparé l'attention sous le nom de *ligament poplité oblique* (L. P., *fig.* 40). D'une largeur de 5 à 8 millimètres, elle se détache du tendon au niveau de la partie postérieure de la tubérosité interne du tibia et se dirige obliquement en haut et en dedans jusque vers le condyle externe, au niveau duquel ses fibres se terminent de façons assez différentes.

Les unes, en très petit nombre, se rendent dans la partie inférieure de la coque condylienne à la formation de laquelle elles concourent ; la plupart se jettent dans le noyau cartilagineux ou osseux du jumeau externe et se continuent par son intermédiaire avec les fibres tendineuses profondes de ce muscle. Quand le noyau cartilagineux manque, ce qui est rare, ou est peu développé, on peut voir les fibres de l'expansion aponévrotique du demi-membraneux se continuer directement avec les fibres tendineuses du jumeau. — Pour faire ces constatations, il est nécessaire d'enlever le muscle plantaire grêle. — Quand ce noyau, devenu osseux, est très développé, — ce qui est loin d'être rare, quoi qu'on en ait dit, — il est osseux dans plus du tiers cas, et j'en ai montré à la société anatomique dont les dimensions dépassaient celles du pisiforme carpien, — il joue le rôle d'un véritable os sésamoïde développé au point de croisement des fibres tendineuses du muscle jumeau et de l'expansion du demi-membraneux. Dans tous les cas, ce ligament poplité oblique est fort mince ; son épaisseur est moindre que celle de l'expansion du biceps brachial, sa largeur aussi ; ses extrémités vont toujours se fixer à des parties tendineuses ou fibreuses également mobiles, si bien que le ligament s'allonge, se raccourcit ou change d'axe suivant les mouvements qu'on imprime aux muscles qu'il unit. Et, cependant, les anatomistes n'ont pas hésité à en faire *le faisceau principal* du ligament postérieur de la très serrée et très puissante articulation du genou.

D'autres fibres tendineuses partent encore du demi-membraneux, d'autant moins tendineuses qu'elles se détachent d'un point plus élevé du tendon ; il faut, pour les bien voir, soulever et attirer en arrière le demi-membraneux coupé à cinq ou six centimètres de son insertion tibiale. Elles naissent du tendon sur une hauteur de deux à trois centimètres : les unes composent un faisceau, supérieur et parallèle au précédent, dont les fibres vont se perdre sur la moitié supérieure de la coque condylienne et sur les insertions directes du jumeau externe ; les autres, plus profondes, se rendent à la coque condylienne interne et vers le fond de l'échancrure inter-condylienne : ce dernier faisceau a été signalé par M. le professeur Sappey.

Des expansions venues des jumeaux concourent à la formation du plan fibreux postérieur : on les verra en soulevant et en portant en dehors de l'axe poplité les faisceaux internes d'origine de ces muscles. Très déliées en général, elles se portent en bas et en dedans, convergeant vers l'échancrure ; elles s'entrecroiseront en sautoir avec les précédentes plus superficielles. — Je ne crois pas qu'il en ait été fait mention. — Enfin, le plantaire grêle donne très souvent quelques fibres tendineuses qui se confondent avec celles venues du jumeau externe.

J'omets à dessein des lamelles celluleuses plus superficielles qui se perdent sur les vaisseaux poplités et qui m'ont paru venir de l'aponévrose d'enveloppe des jumeaux.

Toutes ces expériences ont l'aspect brillant, tendineux ; il en est tout autrement de lamelles fibreuses, en général peu épaisses, qui se détachent des aponévroses et des os voisins pour concourir avec les précédentes à la formation du plan fibreux dit ligament postérieur. D'apparence cellu-

(1) Voir les nos 16 et 17, 1886.

leuse et de couleur grisâtre, ces lames viennent des aponévroses latérales et des os. Deux d'entre elles méritent peut-être une mention particulière. La première est formée par un groupe de fibres qui naissent de la tubérosité interne du tibia, en dedans de l'insertion directe du demi-membraneux (F. T. B., *fig.* 40) irradiant de là en éventail dont les branches internes vont à la coque condylienne, dont les médians s'engagent sous l'expansion rubanée du demi-membraneux, et dont les externes se portent en dehors. Ces dernières rejoignent au-dessus du poplité un faisceau curviligne, né de la tête péronéale entre l'insertion du biceps et l'origine du soléaire ; leur anastomose forme le ligament arciforme (ligamentum poplitemum arcuatum) de quelques auteurs (L. A., *fig.* 40), sous l'arcade duquel s'engage le tendon du muscle poplité. Il convient d'ajouter que ce ligament n'est pas constant ; — qu'il adhère intimement au tendon poplité, si bien qu'il est difficile de dire si les fibres qui le continuent pour aller au fond de l'échancrure, après qu'il a passé sur ce tendon, appartiennent au tendon ou au ligament ; — enfin, qu'il est beaucoup trop faible pour jouer le rôle de ligament dans les grands mouvements du genou. Henle pense qu'il a pour fonction d'empêcher l'accolement du tendon poplité au condyle dans l'extension complète et de maintenir ainsi toujours béant le canal poplité qui descend le long de ce tendon jusque dans le prolongement poplité de la synoviale du genou.

J'ai passé en revue toutes les parties qui concourent à la formation du ligament postérieur. Aucune d'elles ne répond à l'idée qu'on doit se faire d'un ligament articulaire ; prises en masse, elles n'y répondent pas davantage. A la vérité j'ai omis de parler spécialement de ce que l'on décrit tantôt sous le nom de *coques*, tantôt sous le nom de *capsules condyliennes*. C'est qu'en réalité elles n'ont point d'existence indépendante, autonome ; étant seulement formées par quelques fibres des expansions tendineuses déjà signalées, auxquelles s'ajoutent des fibres nées de la face profonde des tendons jumeaux, surtout de l'externe et qui descendent sur les coques condyliennes par un trajet récurrent. J'ai vainement cherché les fibres propres dont parlent certains auteurs (Cruveilhier, Henle).

La trame que composent toutes ces fibres est d'ordinaire peu épaisse, et cependant on voit sur quelques sujets les coques condyliennes présenter une épaisseur de un à deux millimètres. En y regardant avec attention, on distinguera vite dans cette coque épaisse ce qui appartient à la trame fibreuse, ce qui appartient à la synoviale et l'on verra que la trame [illegible], toujours très mince, recouvre une synoviale plus ou moins épaissie dont les couches profondes sont devenues [illegible].

[illegible], depuis les travaux de [illegible] (Gaz. méd. [illegible], p. 247) et le [illegible] de Lyon [illegible] communiqué à la [illegible] de l'Association française pour l'avancement des sciences), [illegible] des bourses [illegible] à un [illegible] [illegible] parfois [illegible] des cellules [illegible] à la [illegible] l'articulation.

[illegible] de voir et même [illegible] à la face profonde des jumeaux [illegible] feuillet synovial épaissi [illegible].

[illegible] les bourses [illegible] d'ordinaire leur face profonde. Le faux ligament postérieur échappe encore à cette règle : en effet, sa partie principale ou médiane n'entre pas en rapport avec la synoviale du genou ; elle en est séparée par toute la profondeur de l'échancrure inter-condylienne. Bien que le contraire ait été dit et même imprimé, la synoviale qui tapisse la face profonde des coques condyliennes se dirige en avant pour aller passer au-devant des ligaments croisés qu'elle laisse ainsi complètement en dehors de l'articulation. Sappey et Mathias-Duval décrivent avec soin ce trajet de la synoviale ; Tillaux le représente dans une coupe schématique de l'articulation ; la synoviale est donc à plusieurs centimètres du ligament postérieur, et si cette disposition avait été bien présente à l'esprit de ceux qui ont écrit sur les kystes poplités, ils n'auraient sans doute pas dit que les kystes poplités par hernie articulaire sortent par les trous du ligament postérieur ni donné comme élément principal de diagnostic leur situation médiane. J'ai disséqué deux cent cinquante genoux, j'en ai injecté au suif plus de cent et il m'a été donné de rencontrer sur ce nombre bien des kystes par hernie synoviale. Or, je n'ai vu que deux fois des hernies synoviales se faire jour par les trous du ligament postérieur ; encore venaient-elles par un trajet un peu oblique de cette partie de la synoviale qui tapisse les coques condyliennes. Cela n'est point pour surprendre lorsqu'on se rappelle que le faux ligament postérieur ne répond pas à la synoviale dans sa partie médiane. — Assez souvent ces hernies se font par une éraillure des coques condyliennes, parfois si minces ; beaucoup plus souvent elles ne sont que l'exagération de ces prolongements que la synoviale envoie normalement entre les gros faisceaux de l'insertion directe des jumeaux et surtout du jumeau interne. *Les procès synoviaux* sont le point de départ de la variété la plus fréquente de kystes poplités par hernie synoviale.

L'étude anatomique nous a conduit à refuser le titre de ligament postérieur au plan fibreux que l'on a décrit jusqu'ici sous ce nom. Nous allons voir qu'au point de vue physiologique il ne mérite pas davantage ce nom.

Après Bonnet et Segond (1), j'ai répété l'expérience qui consiste à exagérer le mouvement d'extension du genou. Il était inutile de refaire après des expérimentateurs aussi habiles les expériences pratiquées sur des membres entiers. J'ai donc procédé autrement et de façon à bien voir quels ligaments limitent l'extension, quels s'opposent à l'exagération de ce mouvement. Dans ce but, j'ai expérimenté sur dix genoux ne gardant de leurs parties molles que les muscles jumeaux biceps et demi-tendineux ; j'avais enlevé les vaisseaux poplités et le ligament postérieur était sous mes yeux.

La cuisse étant solidement fixée sur une table, je priais un aide d'appuyer progressivement sur la jambe, de façon à exagérer autant que possible l'extension directe. Dès les premières pressions, le ligament postérieur se tendait assez fortement, soulevé par les condyles sous-jacents, et tiraillé par les muscles allongés. Je le coupais transversalement et verticalement, dans toute son étendue, en priant l'aide de continuer une pression égale et j'observais attentivement ce qui allait suivre la section. Les lèvres de la section ligamenteuse s'écartaient de quelques millimètres, *mais la jambe demeurait au même degré d'extension complète, continuant toujours en droite ligne l'axe fémoral.* J'incisais alors le ligament croisé postérieur, et, tout d'un coup, sous la même pression de l'aide, l'extension, forcée cette fois, augmentait de plusieurs degrés, et la jambe formait avec la cuisse un angle très ouvert en avant : cependant ce mouvement en avant s'arrêtait vite, après quelques degrés parcourus et je n'obtenais un angle franc du tibia avec le fémur, qu'après la section du ligament croisé antérieur. J'ai répété l'expérience sous une autre forme, remplaçant le scalpel par des pressions assez énergiques pour triompher des résistances ligamenteuses qui s'opposent à l'extension. Faisant ensuite l'autopsie des genoux ainsi forcés, j'ai constaté que le ligament postérieur demeurait souvent intact ou qu'il était seulement éraillé, tandis que,

(1) Recherches cliniques et expérimentales sur les épanchements sanguins du genou par entorse, par P. Segond, Paris 1879.

constamment, le ligament croisé postérieur était arraché à son insertion fémorale et l'antérieur à son insertion tibiale. Les ligaments latéraux étaient le plus souvent intacts.

Ce sont donc les ligaments croisés qui remplissent, au point de vue physiologique, l'office de ligament postérieur de l'articulation du genou.

N'en serait-il pas de même au point de vue anatomique? Je le crois et je vais essayer de le démontrer.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point que les ligaments croisés réalisent, au point de vue de la structure, le type des ligaments articulaires, autant que le ligament postérieur le réalise peu. Mais, dira-t-on, ils sont intra-articulaires. Je sais bien qu'ils sont souvent désignés sous ce nom ; ils ne le méritent d'ailleurs en rien, car ils sont parfaitement extra-articulaires et dans toute leur étendue; la synoviale passe au-devant d'eux les laissant tout à fait en dehors et en arrière de l'articulation, et il est aisé de les couper sans ouvrir l'article.

S'ils ont paru intra articulaires, la faute en est aux saillies condyliennes et à l'excavation si profonde qui les sépare. Mais que l'on fasse abstraction de ces saillies, négligeables en l'espèce, ou mieux encore, qu'on les abatte d'un trait de scie continuant la surface du plan poplité et on verra alors les ligaments croisés que la scie a respectés allant du pourtour postérieur des surfaces articulaires fémorales au pourtour postérieur des surfaces articulaires tibiales ; il me paraît difficile de définir autrement ou mieux le ligament postérieur de l'articulation du genou.

Peut-être objectera-t-on qu'il y a deux ligaments croisés. Je répondrai, d'abord : que ces ligaments sont en contact et souvent même en continuité par quelques-uns de leurs faisceaux internes ; ensuite, qu'une ébauche assez avancée de ce dédoublement peut être observée dans les ligaments latéraux de la même articulation : et enfin que ce dédoublement me paraît en rapport avec le dédoublement même de l'articulation qui, trochléenne à sa partie antérieure est devenue bi-condylienne, c'est-à-dire double à sa partie postérieure.

Je dirai donc pour conclure : les ligaments croisés me paraissent être le véritable ligament postérieur de l'articulation du genou ; le ligament de ce nom n'étant qu'un ligament accessoire, continuant en arrière la cloison sagittale, comblant et fermant le creux produit par l'écartement et la saillie des condyles.

Je dirai donc pour conclure : les ligaments croisés représentent en anatomie morphologique et en physiologie le véritable ligament postérieur de l'ar iculation du ge nou ; le ligament, décrit jusqu'ici sous ce nom, n'est qu'un appareil accessoire, continuant en arrière la cloison sagittale et destiné à combler et à fermer l'excavation creusée par l'écartement des saillies condyliennes.

CLINIQUE NERVEUSE

HÔPITAL ST-ANDRÉ DE BORDEAUX. — **M. A. PITRES.**

Epilepsie à aura périphérique guérie après l'application de vésicatoires au-dessus du point de départ de l'aura ;

Par le Dr **Paul DIGNAT.**

Les travaux récents de MM. Thomas Buzzard (1) et L. Hirt (2) ont rappelé l'attention sur les effets, souvent très avantageux, que donne, dans certains cas d'épilepsie à aura périphérique, l'application des révulsifs cutanés et particulièrement des vésicatoires circulaires au-dessous du point de départ de l'aura. Ces effets ont été signalés par les auteurs anciens. Galien, Alexandre de Tralle, Boerhaave, Brunner, Wepfer, Maisonneuve, etc., rapportent des exemples d'épilepsie à aura périphérique guéries par l'emploi des révulsifs (cautères, moxas ou vésicatoires). Bravais (1), dont la thèse peut être considérée comme le premier travail sérieux sur l'épilepsie partielle, conseille tout particulièrement les vésicatoires circulaires appliqués autour des membres, au-dessus du point de départ de l'aura, et rapporte deux exemples de guérisons obtenues par ce moyen.

Le premier est relatif à un homme âgé de 36 ans, qui, dès le courant du mois de juillet 1826, avait, tantôt une ou deux fois par jour, tantôt une fois tous les deux jours, des accès épileptiques, qui débutaient constamment par un *bouillonnement* que le malade ressentait dans la cuisse gauche, avec ou sans perte de connaissance, et quelquefois étaient bornés à des tiraillements de la cuisse et de la jambe gauche. Deux fois, un accès léger avait commencé par le bras gauche ; le malade croyait alors sentir et même *voir* dans la main gauche, un couteau et une boule pleine de sang dont il cherchait vainement à se débarrasser durant l'attaque à l'aide de sa main droite. — Entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le courant d'octobre, on lui appliqua, le 5 novembre, un vésicatoire en forme de collier autour de la jambe gauche, au-dessus des malléoles. Deux jours après, un second vésicatoire fut placé au-dessus du poignet du même côté.—Jusqu'au 26 décembre le malade éprouva, seulement par intervalles, quelques tiraillements dans la cuisse gauche. Ce jour-là, il ressentit de légers *bouillonnements* dans les muscles de l'épaule et dans la cuisse gauche. Un nouveau vésicatoire circulaire fut placé à la jambe au-dessus du premier. Depuis ce moment aucun phénomène convulsif ne se produisit et le malade, bien guéri, quitta l'hôpital en mars 1827 (2).

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 42 ans, sujet depuis le mois d'août 1824 à des accès épileptiques très fréquents. Ces accès débutaient primitivement par une crampe dans la jambe droite. Plus tard l'aura se transforma en une sensation d'engourdissement de la main droite, bientôt suivie de convulsions dans les deux membres du côté droit et dans la moitié droite du visage. Tantôt le malade perdait connaissance, tantôt il conservait son intelligence pendant toute la durée de l'accès. Depuis le début des accidents il était devenu hémiplégique droit. Le 20 septembre, un vésicatoire fut appliqué autour du poignet droit. Le 27, il y eut une menace de convulsion dans le bras droit. Le 29, trois petites convulsions se manifestent dans la jambe droite. On applique alors un nouveau vésicatoire autour de la jambe et des malléoles. Jusqu'au 9 décembre, aucune convulsion ni dans le membre supérieur ni le membre inférieur ; ce jour-là léger accès épileptique très court débutant par le bras ; accès analogues les jours suivants. Le 11, vésicatoire remis au poignet ; le 12, légère menace d'accès. Depuis cette époque il n'y eut plus aucune attaque épileptique ; au commencement de janvier 1825, seulement, étourdissement sans convulsions. — Au moment où Bravais publiait cette obser-

(1) Buzzard (Thomas). *Clinical lectures on Diseases of the nervous system* (Lect. XIV, p. 427, London, 1882 ; et *Clinical lecture on the treatment of the partial epilipsy by encircling Blister, with transfer of the aura* The Lancet march, 1884).

(2) L. Hirt. *Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen wahrend der Behandlung der partiellen Epilepsie* (*Neurologisches Centralblatt*, n° 1, 1884).

(1) Bravais. *Recherches sur les symptomes et le traitement de l'epilepsie hemiplégique* (Thèse de doctorat ; Paris, 1827.

(2) Bravais. *Loc. cit.* page 38 (Obs. de Zéphyrin Mochet).

vation (1827), le malade ne présentait plus que des symptômes d'hémiplégie (1).

Bravais fait suivre cette observation de quelques réflexions que nous croyons devoir rapporter ici « Cette observation, dit-il, intéressante sous plusieurs rapports, nous montre l'influence puissante du vésicatoire aux extrémités pour prévenir le retour des accès, ou du moins pour les faire avorter au début. On doit remarquer qu'à l'exception d'une légère secousse dans le bras droit, survenue au déclin du premier vésicatoire du poignet, le membre inférieur devint le siège de quelques convulsions. Lorsque le vésicatoire de la jambe fut sec, l'accès suivant débuta par le bras. Enfin, pendant la durée du second vésicatoire de l'avant-bras, il ne survint qu'une fois un étourdissement. On eût dit que l'influence de chaque vésicatoire agissait spécialement pour prévenir les convulsions du membre où il était appliqué, et qu'après leur action simultanée, l'épilepsie ne pouvant débuter ni par le bras, ni par la jambe, s'annonçait par un simple étourdissement, ce que le malade n'avait jamais éprouvé. » (Loc. cit., page 237).

Ces phénomènes curieux de déplacement de l'aura sous l'influence des vésicatoires, ont été notés avec encore plus de précision dans l'observation très intéressante d'un malade du service de Récamier, publiée en 1843 (2). Chez ce malade, qui finit par guérir après l'application de plusieurs vésicatoires volants, l'aura passait tantôt d'un membre dans un autre membre, tantôt d'un côté du corps dans l'autre côté. C'est là ce que M. Buzzard (qui parait n'avoir pas eu connaissance des observations antérieures de Bravais et de Récamier), a décrit sous le nom de *transfert de l'aura*.

Le transfert de l'aura motrice, à la suite de l'application de vésicatoires au niveau ou au-dessus du siège de l'aura primitive est un phénomène relativement commun, sur lequel M. le professeur Pitres a souvent attiré l'attention des élèves qui suivent sa clinique. Mais la guérison complète des accidents convulsifs est beaucoup moins fréquente et, à ce titre, l'observation suivante nous a paru avoir un réel intérêt.

OBSERVATION. — *Accès [illegible] partiel, débutant par le pouce de la main gauche. — Points douloureux sur le trajet du nerf médian. — Application de vésicatoires sur le pli du coude gauche. — Guérison.*

Carth..., Baptiste, né à Montréjeau (Haute-Garonne), âgé de [illegible] ans, cordonnier, est entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, service de M. le professeur Pitres, le 25 juin 1882.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de [illegible] ans, jouit d'une bonne santé, mais se livre souvent à des excès alcooliques.

Sa mère, âgée de [illegible] ans, est bien portante. Il en est de même de son frère, qui est âgé de [illegible] ans.

Personne dans sa famille, à l'exception d'un cousin, n'a présenté d'accidents convulsifs analogues à ceux pour lesquels il entre à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Carth... n'a fait, dans sa jeunesse aucune maladie grave. Il n'a eu ni blennorrhagie ni syphilis. Il n'a pas d'habitudes alcooliques. Il n'a jamais eu, jusqu'en [illegible], de vertiges ou de pertes de connaissance.

C'est dans le courant du mois de [illegible] que survint la première attaque convulsive. Il était une heure de l'après-midi; Carth... venait de prendre son repas [illegible], n'avait fait aucun excès et n'éprouvait aucun malaise, quand il ressentit tout à coup une douleur très vive, qui parcourait le pouce de *la main gauche*, depuis la racine jusqu'à l'extrémité. Cette douleur, comparable à une torsion violente, dura à peu près une demi-minute, pendant laquelle le doigt se raidit et vint se placer en adduction dans la paume de la main. Le malade eut le temps d'appeler au secours, puis il tomba aussitôt et perdit connaissance.

D'après les renseignements qu'on lui donna depuis, Carth... peut nous dire, qu'ayant été transporté sur son lit, il resta un moment les yeux convulsés en haut, la bouche tordue et baveuse, la tête fortement déviée vers le côté gauche, la nuque étant très rapprochée de l'épaule gauche et la face tournée à droite et en haut. Les membres étaient agités de mouvements convulsifs. Cet état dura environ dix minutes, après lesquelles le malade s'endormit. Une heure après, il se réveillait en proie à une lassitude extrême, mais n'éprouvant cependant plus de douleurs à la main gauche.

Carth... resta couché jusqu'au lendemain matin, où il se sentit complètement rétabli et put reprendre ses occupations.

Trois semaines plus tard, le malade, qui, depuis deux ou trois jours, était dépourvu d'appétit, fut pris d'une nouvelle attaque, vers midi, en quittant son travail. Le début fut le même que la première fois. Carth... sentit son pouce se raidir, sa tête se dévier, et il tomba presque aussitôt sans connaissance dans la cour de la maison où il se trouvait.

Cet état dura environ dix minutes, après lesquelles il se releva lui-même. Rentré chez lui, il mangea légèrement, puis se mit au lit.

Une heure après environ, nouvelle attaque offrant toujours les mêmes caractères et suivie d'un sommeil profond qui dura jusqu'à sept heures du soir. Vers huit heures, troisième attaque, qui fut bientôt suivie de quatre autres. Dans l'intervalle de chacune de ces attaques consécutives (intervalles variant de une heure à deux heures), le malade revenant toujours à lui. En proie à une fatigue excessive, il put enfin s'endormir, et ce sommeil dura jusqu'au lendemain matin. Ce jour-là, Carth... ne se rendit pas à son travail.

Depuis, il resta très bien portant jusqu'au 10 ou 12 juin. A cette époque, étant à travailler près de Montauban, il eut vers 9 heures du matin une attaque en tous points semblable aux précédentes. Il resta sans connaissance pendant vingt minutes. Transporté, à la suite de cet accident, à l'hospice de Beaumont (près Montauban), il y demeura quatre jours, et eut, dans la même journée, trois ou quatre attaques. Dès lors, il n'eut plus le moindre accident pendant six mois.

En janvier 1881, se trouvant au régiment, à Toulouse, Carth... eut une attaque suivie de perte du sentiment après l'exercice du matin. Porté à l'infirmerie, il en eut successivement quatre nouvelles dans le même jour. Ces attaques offraient toujours les mêmes caractères, soit dans leur mode de début, soit dans leur évolution. Après un séjour d'un mois et demi à l'hôpital militaire le malade fut réformé.

Rentré chez lui, à Montréjeau, Carth... se sentit très bien jusqu'à la fin du mois d'août.

A cette époque, il eut, dans la même journée, une nouvelle série d'attaques au nombre de quatre. La seconde offrit cette particularité qu'elle survint au milieu du sommeil qui avait suivi la première attaque. Les deux suivantes se succédèrent à un intervalle de demi-heure environ, et la dernière fut, d'après le malade, la plus forte de toutes celles qu'il avait eues jusque-là. Sa durée, depuis son début jusqu'au sommeil qui lui succéda, dépassa, en effet, vingt minutes. En outre, les douleurs, en se généralisant, passèrent du pouce de la main gauche à tous les autres doigts, ainsi qu'à l'avant-bras, au bras et au cou. Rien d'ailleurs du côté des membres inférieurs.

En avril 1882, le malade vint à Bordeaux. Depuis son arrivée il n'eut aucune attaque semblable aux précédentes. Il raconte cependant qu'il lui arriva assez fréquemment d'en avoir pendant son sommeil. Ce fait, dont il ne pourrait conserver le souvenir, lui a été assuré par son frère, qui, couchant dans le même lit, lui rendait compte de ce qui était survenu dans la nuit. De ses récits, il résulte que chaque attaque de ce genre est annoncée par un cri que pousse le malade, et qu'aussitôt après commencent les convulsions, qui durent quelques minutes, pour être remplacées par un sommeil profond.

D'ailleurs, l'état dans lequel se trouve Carth... à son réveil, le matin, lorsqu'il a eu une attaque nocturne, lui fait soupçon-

(1) Bravais. *Loc. cit.*, page [illegible] [illegible] Roy.

(2) *Épilepsie* [illegible] Gazette des hôpitaux, 1843, page 539.

ner la réalité. Dans ces circonstances, en effet, le malade ressent des céphalalgies, et un malaise général, qui le rendent impropre au travail; en outre, il reste pendant une heure ou deux avec la vue trouble et un clignotement continu des paupières.

Jamais, dans le cours d'aucune attaque, Carth... n'a eu de relâchement des sphincters anal ou vésical. Une fois seulement, à Toulouse, il a été pris de vomissements.

Il n'a jamais éprouvé la moindre gêne pour parler ni pour marcher. Quelquefois, il lui arrive d'éprouver, après l'attaque, quelques sifflements et bourdonnements d'oreilles.

Telle est l'histoire de la maladie pour laquelle Carth... entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 25 juin 1882.

Etat actuel le 1er juillet 1882. Le malade est grand et robuste. L'intelligence est intacte.

La face ne présente aucune asymétrie. On observe une cicatrice à la lèvre supérieure; mais cette cicatrice provient d'une chute faite par le malade sur la glace, à l'âge de 18 ans, et en dehors de toute attaque. La langue n'est pas déviée; elle présente seulement quelques tremblottements continus. Elle ne présente aucune trace de morsure, bien que le malade prétende que le fait se soit produit une fois, pendant une attaque.

Les pupilles sont égales. L'accommodation à la lumière est normale. Tous les mouvements, isolés ou associés, des paupières se font bien également. Les globes oculaires ne sont nullement déviés. Pas de diplopie, pas d'achromatopsie. Le malade déclare avoir eu de tout temps la vue un peu faible.

La *motilité* des membres est conservée. Carth.. exécute très bien tous les mouvements volontaires. Il marche avec facilité, et sans gêne aucune, quelles que soient les conditions dans lesquelles on le place pour accomplir cet acte. Du côté des membres supérieurs, on n'observe non plus aucune gêne dans les mouvements. Pas de tremblement lorsque le malade tient un objet dans ses mains.

La pression au dynamomètre fournit les chiffres suivants, pour l'état des forces :

Main droite.	50 kil.
— gauche	40 —
Jambe droite	28 —
— gauche.	31 —

Le membre supérieur gauche est, dans toutes ses parties, plus grêle que le droit, mais dans des proportions physiologiques.

La *sensibilité* générale est intacte. Aucune plaque d'anesthésie, ni d'analgésie, pas plus du côté gauche que du côté droit. Sensibilité thermique normale.

Rien à noter du côté des organes des sens : le goût et l'odorat sont conservés; la vue est très légèrement affaiblie. L'ouïe est intacte.

Le *réflexe tendineux rotulien* est exagéré également des deux côtés

Pas d'hyperexcitabilité musculaire. Néanmoins, si on percute au niveau de l'insertion supérieure des muscles épitrochléens on observe une brusque flexion de l'avant-bras sur le bras. La secousse qui produit cette flexion est plus vive du côté gauche que du côté droit. Pas de *trépidation epileptoïde* provoquée des pieds ni des mains.

Assez souvent, en dehors même de toute menace d'attaque, Carth... éprouve des tremblements du pouce gauche, tremblements qu'il ne peut arrêter volontairement. Il peut provoquer ce phénomène à volonté en plaçant son pouce en adduction forcée dans la paume de la main.

En explorant la région du pli du coude gauche, on constate que la pression le long du trajet du nerf médian détermine une douleur vive qui s'irradie vers la racine et vers l'extrémité du membre, sans pourtant donner lieu à l'explosion de l'attaque convulsive. On ne sent sous la peau ni tumeur ni induration anormale.

Comme phénomènes douloureux spontanés il faut noter quelques sensations passagères de crispation dans le pouce gauche et des céphalalgies frontales assez fréquentes.

Les grands appareils organiques ne présentent pas de troubles notables. Le pouls est normal, les artères ne sont pas athéromateuses. Le cœur et les poumons sont sains, les déjections sont régulières. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Le 8 *juillet*, M. Pitres fait appliquer un premier vésicatoire rectangulaire d'environ 6 centimètres carrés au niveau du pli du coude gauche, sur le point douloureux à la pression. Ce vésicatoire mis en place à 3 heures de l'après-midi est enlevé le lendemain matin vers 9 heures, et pansé suivant le mode ordinaire. Pas de traitement interne.

Les jours suivants le malade accuse un mieux sensible. Carth... n'éprouve, en effet, aucune douleur de tête; et il ne ressent presque plus de crispations dans le pouce gauche. Inutile de dire qu'il n'a pas la moindre attaque. Néanmoins, si on percute comme auparavant au niveau de la région épitrochléenne gauche, et si on presse légèrement en ce point, on constate encore un soubresaut brusque du membre, et le malade ressent une douleur très vive.

Le 15 *juillet*, un second vésicatoire absolument identique au premier est appliqué au même point et dans les mêmes conditions.

Dès ce moment l'amélioration constatée déjà devient de plus en plus grande. Plus de douleurs spontanées; plus de céphalalgies, plus de tiraillements du pouce; en outre la percussion du pli du coude ne provoque plus de soubresaut brusque comme auparavant, et la pression à ce niveau ne réveille aucune douleur. Enfin, un fait sur lequel Carth... attire lui-même notre attention, c'est que la position du pouce gauche en adduction forcée dans la paume de la main, ne donne plus lieu, comme autrefois, à des tremblements de ce doigt. Ajoutons, en outre, que l'état général du malade est resté très bon, et que de plus il n'a jamais eu la moindre attaque nocturne, ainsi que nous avons pu nous en assurer par les renseignements pris dans la salle, et aussi grâce à la surveillance dont nous le faisions entourer.

Dans cet état, Carth... quitte l'hôpital le 24 *juillet* 1882.

Au mois de *novembre* de la même année, il revient à l'hôpital pour une blennorrhagie. Il nous raconte qu'il n'a pas eu d'accès convulsifs depuis sa sortie et qu'il ne sent plus rien d'anormal dans le membre supérieur gauche. De fait, la pression au niveau du pli du coude ne détermine plus de douleur.

En juin 1883, Carth... contracte la syphilis. Il vient à l'hôpital pour cette affection et déclare encore qu'il n'a pas eu d'attaques convulsives.

Nous le revoyons en mars 1884 aucun accident nouveau ne s'est produit. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis cette époque, mais nous avons la certitude qu'il serait revenu à l'hôpital s'il avait eu de nouveaux accès convulsifs.

En résumé, un jeune homme de 21 ans, vigoureux, sobre, non syphilitique est pris subitement d'un accès épileptiforme à aura motrice partant du pouce gauche. Pendant l'espace des dix-sept mois suivants il a vingt et une attaques diurnes et un nombre indéterminé d'attaques nocturnes. Dans l'intervalle des attaques il n'y a ni hémiplégie ni troubles appréciables de la sensibilité. Seul, un point limité sur le trajet du nerf médian gauche est douloureux à la pression. On applique sur ce point, à quelques jours d'intervalle deux vésicatoires volants. A partir de ce moment les attaques ne se reproduisent plus. Le malade est suivi pendant vingt mois et pendant ces vingt mois la guérison se maintient sans qu'on ait fait aucun traitement interne. Il y a aujourd'hui près de quatre ans que l'observation a été recueillie et nous avons tout lieu de penser que les accidents ne se sont pas reproduits.

S'il nous fallait absolument, dans le cas actuel, établir un diagnostic précis et complet, nous éprouverions un grand embarras. Quelle a été la cause qui a présidé à l'explosion des accès épileptiformes chez un jeune homme robuste, vigoureux, non syphilitique et ne présentant d'ailleurs aucun trouble grave de la motilité ou de la sensibilité? Quelle est la signification de l'exagération des reflexes tendineux observés chez notre ma-

lade? Quelle est la raison de la douleur à la pression le long du trajet du nerf médian gauche au pli du coude? Nous avouons en toute sincérité qu'il nous paraît très difficile de répondre à ces questions.

Mais quelles que soient les inconnues de cette observation il n'en ressort pas moins très nettement qu'une révulsion relativement légère, appliquée au-dessus du point de départ de l'aura périphérique dans un cas d'épilepsie à type partiel a suffi pour produire une guérison prolongée, peut-être même définitive. C'est là un résultat favorable, empirique si l'on veut, mais assez important pour que, dans les cas analogues, on n'hésite pas à tenter la cure par les révulsifs cutanés.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la spécialisation à la Faculté de médecine.

Dans un précédent article (1), nous avons montré l'insuffisance du concours d'agrégation en médecine et les inconvénients très graves qui résultaient du nombre trop restreint des places d'agrégés. Ces inconvénients sont de deux sortes : 1° Ils touchent les candidats; 2° ils atteignent les intérêts vitaux de l'enseignement médical français. Relativement aux candidats, nous avons insisté sur le côté onéreux et stérilisant d'épreuves multiples et surannées; nous avons dit et nous le répétons que *quatre places* d'agrégés en médecine tous les trois ans sont prises d'avance par le *népotisme* et qu'il ne reste rien pour les candidats que le mérite seul désigne à ces fonctions enviées. Au contraire, si le nombre des places était porté de 4 à 15 ou 20, le favoritisme serait moins funeste, l'accès de l'agrégation n'étant plus fermé à aucun homme de valeur.

Aujourd'hui, laissant de côté l'intérêt des candidats, nous allons chercher à démontrer qu'il y va de l'avenir de la Faculté elle-même dont l'enseignement menace ruines. Jadis les chaires de la Faculté de médecine étaient peu nombreuses et chaque professeur devait faire preuve de connaissances encyclopédiques qu'on ne lui demande plus aujourd'hui. C'est à peine si la médecine et la chirurgie étaient nettement séparées; quant aux spécialités les plus nécessaires et les plus légitimes, elles restaient en dehors de l'Ecole. A cette époque, il n'y avait pas un chirurgien qui ne se crût capable de traiter avec succès toutes les maladies chirurgicales; les maladies des voies urinaires, des yeux, des oreilles, etc., ressortaient à la chirurgie générale et malgré les succès des spécialistes non attitrés, la Faculté semblait ignorer un progrès qui ne venait pas d'elle. Enfin, il a bien fallu se rendre à l'évidence et sacrifier dans une certaine mesure au courant qui emportait la médecine. Actuellement, nul ne s'élève contre la spécialisation honnête et les chaires spéciales créées depuis quelques années à la Faculté de médecine prouvent que la tendance qui nous porte à cette division du travail est légitimée par les progrès incessants des sciences médicales.

Pendant que le nombre des chaires occupées par les médecins était porté de 13 à 17 par la création successive des chaires de *Clinique infantile*, de *Dermatologie et syphiligraphie*, de *Maladies mentales*, de *Maladies du système nerveux*, le nombre des agrégés en médecine n'était pas augmenté d'un seul. Ayant trouvé les titulaires de ces places nouvelles, le ministre et la Faculté n'ont pas été tourmentés par le souci du lendemain et n'ont rien fait pour assurer le recrutement de ces professeurs spéciaux. Cette imprévoyance n'a pas tardé à porter ses fruits et la mort prématurée et regrettable du Dr Parrot a fourni l'occasion de mesurer toute la gravité de la situation.

Le professeur de clinique infantile étant mort, la Faculté s'est trouvée dans l'impuissance absolue de présenter un seul agrégé assez qualifié pour remplir cette chaire spéciale.

Pendant plus d'un an, fait inoui dans les annales d'une grande Faculté, la chaire de maladies d'enfants est restée en *sommeil* et ce n'est qu'après cette longue période de tâtonnements et de manœuvres presque scandaleuses de certains candidats, que la Faculté pressée d'en finir par l'opinion et par le ministre, a mis la main sur M. Grancher. N'est-il pas navrant de voir la première Faculté du monde (près de 5,000 élèves) incapable de recruter dans son sein un professeur de clinique infantile?

Nous avons parlé de manœuvres scandaleuses; expliquons-nous. Il est tout naturel que les agrégés jeunes ou vieux, spécialisés ou non, ambitionnent une chaire et consentent à entrer à la Faculté par n'importe quelle porte. Les tentatives infructueuses faites à cette occasion par plusieurs agrégés ne sont donc pas de nature à déshonorer ces candidats malheureux; le public a trouvé leurs démarches scandaleuses, voilà tout. Ces mêmes scandales se reproduiront quand les autres chaires spéciales seront vacantes. Sans doute, les candidats ne manqueront jamais, et l'on trouvera dix agrégés (honoraires ou en exercice) pour une place vacante, quelle qu'elle soit. Mais si ces agrégés sont en droit de solliciter une place lucrative et honorable, il est du devoir de la Faculté et du ministre de placer avant tout l'intérêt supérieur de la science française et de l'enseignement. Quel agrégé occupera dignement la chaire des maladies mentales le jour où cette chaire deviendra vacante? Quel agrégé s'occupe d'hygiène, de médecine légale, de thérapeutique, d'histoire de la médecine, etc, etc.?

Il n'y a pas, dans le concours d'agrégation en médecine, d'épreuves spéciales qui permettent d'assurer le recrutement des professeurs spécialisés. Les seules épreuves sont des épreuves de pathologie et de clinique médicales. Les quatre agrégés en médecine nommés tous les trois ans devraient donc être réservés pour remplacer plus tard les professeurs de clinique (quatre chaires), de pathologie médicale (2 chaires), de pathologie générale (une chaire).

Pour les dix autres chaires, des concours spéciaux ou des épreuves spéciales dans les concours actuels devraient désigner d'avance les agrégés spéciaux. Pour l'agrégation de chirurgie et accouchements, les candidats accoucheurs n'ont pas d'épreuves communes avec les candidats chirurgiens. Pourquoi n'en est-il pas de même en médecine? N'y a-t-il pas autant de différence entre un clinicien ordinaire et un médecin aliéniste

(1) *Progrès médical*, 24 avril 1886.

qu'entre un chirurgien et un accoucheur? Les polémiques ardentes que la spécialisation des services d'accouchement a fait naître entre accoucheurs et chirurgiens sont là pour nous prouver le contraire. On peut donc soutenir que le concours d'agrégation en médecine, par la nature de ses épreuves et par la préparation de ses candidats, n'assure le recrutement naturel et légitime que de 7 professeurs sur 17. Comment donc les agrégés en exercice se préparent-ils à occuper les dix chaires spéciales dont nous avons parlé? L'agrégé en exercice qui veut être professeur doit chercher, avant tout, à plaire aux professeurs qui disposent de son avenir. Pour plaire à ces princes de la science, il ne suffit pas de leur faire une cour assidue; il faut encore, par une conduite faite de prudence et de modestie, ménager les susceptibilités parfois excessives de ces hommes chatouilleux. Travailler, sans doute on le peut; mais il faut se garder, dans ces travaux, de formuler des critiques, d'émettre des opinions qui pourraient sembler la critique des ouvrages de nos maîtres. L'agrégé qui veut arriver vite travaillera surtout à se faire des amis; il se gardera des travaux compromettants; il évitera les spécialisations imprudentes et mal calculées qui, pour le conduire à une chaire dont il prévoit la vacance, lui feraient manquer une vacance imprévue. Cette vacance imprévue, s'il n'a pas versé dans une spécialisation compromettante, il peut en profiter sans trop de scandale. Cette attitude est de rigueur aujourd'hui surtout où, avec la limite d'âge qui s'impose et le nombre des chaires, le titre de professeur ne peut plus guère échapper à aucun agrégé.

Tandis que les Universités étrangères et surtout les Universités allemandes que nous avons voulu imiter, confient leurs chaires à des hommes d'un talent et d'un savoir éprouvés et ne font appel au concours que dans des limites absolument restreintes, tandis que ces Universités, intelligemment et libéralement administrées, ne craignent pas de recruter leurs professeurs sur la vaste échelle de toutes les Universités du même type, notre grande Faculté de Paris persiste dans les erreurs de la tradition et refuse, malgré tous les avis, de sacrifier les abus les plus funestes. Pourquoi les Universités allemandes sont-elles, à certains égards, supérieures aux nôtres? Est-ce parce que les Allemands sont plus intelligents et plus laborieux que les Français? Nos rivaux eux-mêmes n'oseraient soutenir cette thèse. Ni l'intelligence, ni l'amour du travail, ni l'initiative individuelle, ni l'esprit de suite, ne manquent en France. Nous n'en voulons pour preuve que la bonne figure que nous faisons encore dans le monde scientifique malgré l'infériorité flagrante de notre outillage et de nos vieilles institutions. Donc, ce qui fait la supériorité des Universités allemandes, c'est l'organisation plus que le talent des maîtres chargés de dispenser l'enseignement médical. C'est l'organisation de nos Facultés qu'il faut refondre complètement, si nous voulons marcher, c'est-à dire vivre. Dans le domaine scientifique, comme dans le domaine économique, ne pas avancer, c'est en effet reculer et jouer son existence même. Nous étouffons dans une installation trop étroite, nous nous débattons dans des rouages compliqués et vieillis, nous consumons dans des luttes vaines toutes les forces vives d'une jeunesse incomparable. Réagissons enfin; si les vieux s'opposent, il faut passer outre et aller de l'avant.

La limite d'âge qu'on nous promet et qu'on ne se hâte pas de nous donner, est un progrès; mais ce n'est pas assez. Il faut infuser dans le sang de cette vieille Faculté un sang plus jeune qui lui donnera plus d'ardeur et plus de force. La première réforme urgente et capitale, nous l'avons surabondamment démontré, est celle du concours d'agrégation. Visant surtout le concours d'agrégation en médecine, le plus important puisqu'il embrasse plus de la moitié des chaires de la Faculté, nous avons étalé à tous les yeux ses conséquences et ses dangers.

A des chaires spéciales doivent être affectés des agrégés spéciaux; on peut nommer, si l'on veut, 7 agrégés tous les trois ans pour les 7 chaires non spéciales, mais il convient de doubler immédiatement les professeurs spéciaux d'un agrégé spécial, ce qui porte à 17 le nombre des places d'agrégés en médecine à donner tous les trois ans. Les agrégés ainsi distribués suivant leurs aptitudes spéciales, recrutés par des concours spéciaux ou autrement (titres), ne pourront plus abandonner la spécialité qu'ils auront une fois embrassée. Ils y resteront et, concentrant de bonne heure tous leurs efforts sur un domaine de prédilection, ils y creuseront un sillon durable. Alors l'enseignement de la Faculté sera rajeuni et transformé. Une aurore nouvelle luira pour la médecine française; les étrangers qui nous abandonnent pour Vienne et Berlin, nous reviendront en foule et nous élèverons une statue au grand ministre qui aura attaché son nom à cette révolution. Voilà le rêve que nous avons fait. Il est possible qu'il ne se réalise pas de longtemps. La routine est tellement prépondérante en France qu'elle décourage toutes les espérances.

Cependant rien n'est plus facile à réaliser que la réforme dont nous parlons; aucune objection fondamentale ne peut lui être faite. Nous ne nous arrêterons pas à la question budgétaire qu'on pourrait soulever; 17 agrégés actuels reçoivent chacun, traitement qui n'a rien d'exagéré, loin de là, 4000 fr. Il faut donc renoncer à cette objection; il n'y a pas de question d'argent. Et quand même cette question existerait, nous ne voyons pas comment elle pourrait arrêter une réforme qui doit avoir des conséquences aussi importantes.

Les gens arriérés ont coutume de dire qu'augmenter le nombre des places, ce serait ouvrir la porte à des candidats insuffisants ou indignes et abaisser le niveau des agrégés. Nous répondrons à ces Messieurs, prétendus jaloux de la dignité et de la [illegible] de leur corporation, que nous n'avons aucun souci de cette abstraction qu'ils appellent le *niveau*, et que nous aimons mieux laisser passer des membres indignes que d'arrêter des hommes de talent. En triplant, quadruplant les places d'agrégé, nous enlevons évidemment à ce titre la valeur intrinsèque qu'il possédait et nous nous en réjouissons sans regret; car les agrégés du *nouveau régime* sachant bien que leur titre ne leur assure plus la place de professeur qu'ils ambitionnent, chercheront à produire

et à se signaler par un bon enseignement et par des travaux originaux. Une émulation féconde résultera donc de ce prétendu *abaissement de niveau*, remplaçant l'inertie et la stérilité actuelles.

Si la Faculté, sourde et aveugle, persiste dans sa coupable indifférence, si les ministres, qui passent, ne trouvent pas le temps d'étudier et de résoudre ces questions vitales, que reste-t-il à faire ? On en vient alors à se demander s'il ne serait pas possible de créer, à côté de la vieille école impuissante, une école plus jeune et plus digne de la France. La ville de Paris a tout ce qu'il faut pour jouer le rôle que la Faculté décline. Admirablement outillée (hôpitaux, laboratoires, amphithéâtres), munie d'un personnel médical hors ligne, elle n'a plus qu'à mettre en œuvre les riches matériaux dont elle dispose. Le jour où elle voudra, elle fera à la Faculté de médecine une concurrence qui la tuera. A bon entendeur, salut !

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 avril. — PRÉSIDENCE DE M. U. TRÉLAT.

M. CORNIL, en répondant à M. Béchamp, n'abordera qu'une partie des questions soulevées par lui et particulièrement l'origine et la morphologie des micro-organismes. Pour M. Béchamp, les microzymas sont des granulations moléculaires vivant d'une vie propre, indépendante des autres éléments constituants de nos tissus mais pouvant à un moment donné se transformer et donner naissance à des bactéries, des microcoques. La meilleure réfutation de cette théorie se trouve dans cette expérience si connue de Pasteur qui montre que des tissus animaux ou du sang renfermés dans des liquides de culture bien stérilisés ne donnent pas naissance à une production microbienne. Quant aux autres expériences de M. Béchamp, telles que la production de bactéries, à la suite de fermentations de craie mise en présence du sucre de canne, et aussi l'existence des germes au centre d'un morceau de viande coagulée à sa surface par l'ébullition, qui ne sait aujourd'hui que les germes de l'air sont les véritables agents des productions constatées dans ces divers cas ? De plus, M. Béchamp admet que ces granulations, toujours identiques à elles-mêmes, peuvent donner naissance à des formes variées de micro-organismes ; or il est bien difficile de comprendre comment une même espèce d'organisme peut donner naissance à des éléments aussi dissemblables par leurs propriétés et leurs affinités biologiques que le sont les différentes variétés de microbes connus. Aussi M. Cornil finit-il en concluant que la doctrine des microzymas n'est basée sur aucune preuve expérimentale et qu'elle est en contradiction avec les données formelles et certaines qui ont depuis quelques années assuré à la doctrine microbienne sa supériorité sur toutes les autres théories.

M. BÉCHAMP prendra la parole dans la prochaine séance pour répondre au discours de M. Cornil.

M. CAZENEUVE fait une communication sur les différentes matières colorantes de la houille et notamment sur celles qui sont employées dans les vins. En effet, depuis quelques années, le nombre des colorants employés à la fabrication des vins s'est considérablement accru. A la fuschine sont venus s'adjoindre le rouge pourpre, le rouge bordeaux, les orangés, les jaunes et les bleus. Il résulte des expériences de M. Cazeneuve, entreprises en collaboration avec M. Lépine (de Lyon), que parmi ces dérivés de la houille les uns sont topiques et les autres indifférents ; mais comme dans la fabrication des vins tous ces produits sont employés sans discernement et indistinctement, il s'ensuit que leur coloration artificielle devient dangereuse et nuisible pour la santé publique et qu'elle nécessite de la part du gouvernement une répression sévère.

M. LAGNEAU, s'appuyant sur les travaux et les statistiques fournis tant en France qu'à l'étranger, montre que le surmenage intellectuel dû à notre enseignement universitaire et à notre système d'éducation est une cause puissante de débilité et d'infériorité physique ; qu'une grande partie des déviations de la colonne vertébrale sont dues aux positions vicieuses prises par les élèves dans les établissements scolaires ; que des encéphalites et des états congestifs cérébraux sont imputables aux efforts intellectuels ; que le développement de la tuberculose tient en partie à l'état sédentaire et au manque d'air des premières années de scolarité. Aussi, en présence de ces constatations si importantes et si graves au point de vue et de l'espèce et du pays, est il amené à conclure à la réduction des heures de classe, au développement des exercices physiques et de la gymnastique. Il voudrait enfin que, dans les examens du baccalauréat, on tînt un plus grand compte des notes quotidiennes obtenues par les élèves ; on éviterait ainsi aux candidats le surmenage des derniers jours tout en appréciant mieux leur instruction et leur savoir.

M. DUROZIER fait une communication sur *le pouls veineux présystolique dans la chloro-anémie.*

A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 31 février 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

18. Ataxie locomotrice progressive. — Artério-sclérose généralisée. — Néphrite interstitielle. — Arthrite hypertrophique des deux genoux ; par PANNÉ, interne des hôpitaux.

La nommée P...., Louise, âgée de 55 ans, était entrée le 9 octobre 1882, salle Sainte-Madeleine, lit n° 25, dans le service de M. Hérard, à l'hôtel-Dieu. Elle est morte trois ans après, le 12 février 1886, dans le même service, dirigé actuellement par M. Empis.

A son entrée elle présentait tous les signes d'un tabes dorsalis avancé, les premiers accidents remontant déjà à 15 ans environ. La maladie continua sa marche : les douleurs fulgurantes avaient cessé aux membres inférieurs et existaient aux membres supérieurs et à la face : il y avait abolition des réflexes et paralysie des membres inférieurs.

Elle présentait de plus des symptômes cardiaques, hypertrophie notable, et souffle râpeux systolique, à la base, se prolongeant le long de l'aorte et une déformation articulaire curieuse des deux genoux, remontant à dix ou douze ans, développée après le début des premiers signes de l'ataxie. Les deux genoux étaient volumineux, surtout le droit : il y avait une légère dislocation des jointures. Dans le cul-de-sac synovial du genou droit qui remontait jusqu'à mi-cuisse on sentait une masse de corps étrangers que l'on faisait rouler les uns sur les autres : on avait la sensation d'un sac de noix. L'articulation était du reste tout à fait indolente, et la peau qui la recouvrait était normale.

Sur la fin survinrent des accidents apoplectiformes fréquents qui donnaient lieu à de l'hémiplégie droite d'abord passagère, puis permanente. Une dernière attaque emporta la malade le 12 février 1886.

AUTOPSIE faite le 13 février, 24 heures après la mort. — La *moelle* est remarquablement petite. Les racines postérieures sont grêles et demi-transparentes. Les cordons postérieurs diminués de volume ont une couleur grise : des exsudats jaunâtres abondants recouvrent la face postérieure de la moelle. Sur des coupes on voit à l'œil nu une coloration grisâtre de toute la zone des cordons postérieurs qui sont rétractés. Le *cerveau* est le siège d'une hydropisie ventriculaire très considérable limitée au ventricule latéral gauche : dans le lobe gauche on trouve de plus un foyer hémorrhagique récent entre le noyau extra-ventriculaire et la capsule externe. Les branches de l'hexagone de

Willis sont béantes, dures, athéromateuses. — Le *cœur* est hypertrophié. L'aorte, très dilatée, très dure, mesure 15 centimètres de circonférence extérieure à quelque distance au-dessus de son origine. Cette dilatation se prolonge à toute la crosse : ouverte, elle présente sur sa face interne de profondes et nombreuses altérations, noyaux d'athérôme, plaques calcaires à bords saillants et irréguliers donnant à son intérieur l'aspect le plus rugueux. Il n'y a ni insuffisance, ni rétrécissement aortique : les valvules sigmoïdes sont minces et souples, leur bord libre est normal : mais, sur leur face ventriculaire et sur la portion voisine de l'endocarde du ventricule gauche on voit un grand nombre de végétations molles, fibreuses, à surface irrégulière flottant sur un pédicule résistant. Les valves de la mitrale sont épaissies à leur bord libre, sans rétrécissement notable de l'orifice. Le cœur droit est normal. Les artères coronaires sont fortement athéromateuses.

Les *reins* sont de volume normal, pâles, durs, criant à la coupe. La capsule enlève en se détachant la couche superficielle de la substance corticale. De nombreux kystes se voient à la surface. La substance corticale est mince, atrophiée : en somme, lésions de néphrite interstitielle.

Les *poumons* sont congestionnés aux bases. Le *foie* est normal, la *rate* petite et dure, scléreuse. Le *tube intestinal* est normal. L'*utérus* donne naissance à un corps fibreux de la grosseur d'une tête de fœtus à terme semé dans son intérieur de noyaux calcaires.

Lésions articulaires. Elles siègent aux deux genoux : les autres jointures sont normales ; le genou gauche surtout a des lésions considérables. — *Genou gauche :* La peau enlevée, et le triceps fémoral très atrophié rejeté en bas, on découvre le cul-de-sac supérieur de la synoviale énormément distendu ; ses dimensions verticales, mesurées à partir de la trochlée fémorale sont de 14 centimètres ; en travers il atteint 10 centimètres ; sa capacité est d'un demi-litre environ. La paroi fibreuse de ce sac est très épaisse, résistante, calcaire en certains points. La figure jointe à cette observation, et que nous devons à l'obligeance de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et de notre collègue M. Delbet, interne des hôpitaux, montre avec la plus grande exactitude l'aspect de cette poche incisée. On découvre une multitude de corps étrangers libres, de forme variable, de toute grosseur, roulant en tout sens grâce à la synovie qui les lubrifie. Des productions irrégulières, de volume énorme pour quelques-unes, végètent aux dépens de parties différentes de la jointure ; les unes sont fixées au cul-de-sac ; d'autres aux franges de la synoviale, quelques-unes enfin sont implantées sur la limite du cartilage au niveau des extrémités osseuses. Après avoir donné une idée des corps libres, nous examinerons les altérations de la paroi fibreuse du cul-de-sac, puis de la synoviale elle-même, et enfin des extrémités osseuses.

Corps libres. Ils sont en nombre extraordinaire : nous en avons compté plus de deux cent cinquante ; leur couleur est blanc terne. Quelques-uns ne dépassent pas le volume d'un pois (*fig.* 41, 1). D'autres, et ce sont les plus nombreux, ont la grosseur et la forme de semences de courge ; leurs bords et leur surface sont rendus irréguliers par la présence de points saillants, durs, de couleur légèrement jaunâtre. Tous ne sont pas libres ; plusieurs sont comme agglutinés en paquets que l'on peut dissocier sans détruire tout à fait les adhérences membraneuses et filiformes qui en réunissent les éléments (*fig.* 41, 2). Enfin, une douzaine de ces arthrophytes libres diffèrent complètement des précédents. Ils sont ovalaires ; le plus gros égale un œuf de poule, le plus petit une amande ; tous sont *creux*, de consistance molle, élastique. On est frappé quand on les soupèse, de leur *extrême légèreté*. Leur surface est très irrégulière, et parsemée de gros tubercules durs et de couleur plus foncée que celle de la substance intermédiaire. A la section, on voit couler une petite quantité de liquide filant et visqueux. La coque est formée de corps étrangers cimentés ; la cavité est remplie d'un nombre considérable d'autres corps semblables à ceux qui sont libres dans l'articulation, mais plus petits, et du volume de grains de riz (*fig.* 41, 3). Ceux du centre sont libres de toute adhérence à la paroi : les autres sont rattachés entre eux et à la coque par une large base ou par un pédicule plus ou moins long et grêle.

L'*examen histologique* de ces arthrophytes libres, pratiqué par M. le professeur Cornil, a montré que les plus petits sont formés de tissu fibro-cartilagineux recouvert d'une mince enveloppe conjonctive.

Les grains jaunâtres et durs trouvés à la surface et dans l'épaisseur des corps plus volumineux sont dus à des noyaux d'infiltration calcaire qui se sont développés au milieu de la même substance translucide et fibro-cartilagineuse. Les vésicules creuses enfin ont leur enveloppe



Fig. 41. — Dessin représentant le genou gauche vu par sa face antérieure, le cul-de-sac supérieur de la synoviale ayant été incisé verticalement et la rotule rabattue en bas. — 1. Petits corps étrangers libres — 2 Paquet de corps étrangers libres dissociés mais réunis encore par des adhérences membraneuses — 3. Coupe d'un gros corps étranger à surface framboisée, contenant une colonie de corps étrangers libres ou pédiculés. — 4. Coupe d'une plaque capsulaire lisse. — 5 Prolongement sessile développé sur une plaque capsulaire. — 6. Plaque calcaire énorme de la capsule donnant naissance en haut à une végétation qui fait saillie en dedans et en dehors du cul-de-sac — 7. Végétation de la capsule adhérente par son extrémité supérieure seulement — 8. Franges de la synoviale. — 9. Arthrophyte développé aux dépens d'une frange, et encore adhérent. — 10. Corps étranger développé aux dépens de la bourse séreuse poplitée.

formée de tissu fibro-cartilagineux incrusté de noyaux calcaires, et les corps étrangers qui ont végété à leur intérieur sont rattachés à la coque par des filaments ou des lames de nature conjonctive.

Lésions de la capsule fibreuse. La couche fibreuse qui

double le cul-de-sac de la synoviale est très épaisse ; en plusieurs points, on y sent des plaques d'une dureté calcaire dont les bords sont irréguliers et dentelés : il y en a de très petites, et d'autres qui atteignent 5 ou 6 centimètres dans tous les sens. Aucune de ces plaques n'adhère au fémur dont la surface est parfaitement normale ; d'autre part leur face interne glisse facilement sur la synoviale : elles semblent donc bien réellement indépendantes dans leur développement et de l'os et des franges de la synoviale (*fig.* 41, 4).

Mais toutes ces productions ne restent pas sous forme de plaque, et exactement comprises dans l'épaisseur de la capsule ; en certains endroits elles donnent naissance à des prolongements qui soulèvent la synoviale en formant des saillies sessiles (*fig.* 41. 5) ; ailleurs la saillie plus considérable est pédiculée, et la synoviale très amincie et adhérente ne glisse plus sur elle.

Enfin, comme dernier degré de cette tendance à la pédiculisation, on remarque surtout deux corps énormes qui remplissent la partie externe du cul-de-sac supérieur. L'une de ces végétations a une large base formée par une plaque calcaire qui s'étend du haut en bas de la paroi externe du cul-de-sac et s'est développée sous la synoviale adjacente à la face externe du fémur sans adhérer à l'os (*fig.* 41, 6). L'autre végétation est presque complètement libre : son extrémité supérieure seule est rattachée à la paroi externe du cul-de-sac et à la plaque précédente par des filaments nacrés. L'extrémité inférieure (*fig.* 41, 7) oscille librement comme un battant de cloche. Ces deux corps étrangers adhérents sont arrondis, rugueux, semés à leur surface de noyaux calcaires, et ressemblent complètement aux corps libres, sinon par leur degré plus avancé de calcification ; à la partie postérieure de la jointure, entre le péroné et le tibia, on voit deux corps étrangers volumineux qui remplissent le prolongement normal, que la synoviale du genou envoie sous ce tendon du muscle poplité.

Lésions de la synoviale. La surface interne de la synoviale du cul de-sac présente un grand nombre de points rouges, siège d'inflammation ; en ces points on voit un riche développement de villosités vasculaires.

De chaque côté de l'extrémité inférieure du fémur, sur la face condylienne, s'épanouit un bouquet volumineux de franges jaunes ou grisâtres : les unes sont tout à fait molles ; d'autres plus volumineuses résistent sous le doigt et ressemblent aux petits corps étrangers libres (*fig.* 41, 8). L'une d'elles enfin se termine par un arthrophyte de la grosseur d'une noisette, rugueux à sa surface, il adhère à une frange volumineuse, et le point d'insertion de celle-ci sur lui est représenté par une sorte de petit ombilic (*fig.* 41, 9).

L'examen histologique de ces franges, pratiqué par M. le professeur Cornil, a montré que les unes, jaunatres, étaient formées de tissu cellulo-adipeux pur. D'autres contiennent du tissu fibrillaire de nature conjonctive avec des vaisseaux et quelques cellules de cartilage. Quelques autres enfin sont constituées par du tissu fibro-cartilagineux, avec des points d'incrustation calcaire.

En résumé, même disposition et même structure que les arthrophytes libres et que ceux qui sont développés aux dépens de la paroi fibreuse.

Lésions des extrémités osseuses. Les cartilages sont très altérés : en quelques points, ils sont usés jusqu'à l'os : ailleurs, dépolissement, état rugueux, absence de la résistance caractéristique à la section. A l'examen d'une tranche de cartilage enlevée sur la rotule, on trouve, au microscope, les caractères typiques de l'*altération velvétique* ; c'est un enchevêtrement compliqué de longs filaments ténus, dans l'intérieur desquels on trouve encore des cellules de cartilage. A l'union de l'os et du cartilage on voit, surtout du côté du fémur et de la rotule, une couronne rugueuse d'*ecchondróses* ; en un point, sur le condyle externe, une de ces productions forme une saillie en forme d'apophyse coracoïde. Ces ecchondróses ont contribué aussi sans doute, en se pédiculisant, et en se détachant, à produire des corps libres. Les extrémités osseuses sont peu déformées ; en aucun point elles n'ont subi d'usure. Les ligaments croisés sont à peine relâchés ; les ligaments latéraux sont intacts : il y a une certaine laxité de l'articulation.

Genou droit. Le genou droit a des lésions d'un autre genre. Le cul-de-sac de la synoviale n'est pas dilaté. Il n'y pas de corps étranger libre dans la cavité : les extrémités osseuses du fémur et du tibia ont leur forme générale à peu près conservée, mais sont dépourvues de cartilage, ont une consistance éburnée et une surface très irrégulière, couverte de saillies mamelonnées.

Les ligaments latéraux sont relâchés, les ligaments croisés sont détruits complètement, on ne retrouve plus trace de leur insertion sur le plateau tibial ; à leur place on voit, s'insérant sur l'espace intercondylien par une large base, une touffe volumineuse de végétations blanches, molles, se terminant par des extrémités flottantes de toute forme. Mais autour de cette gerbe centrale de végétations s'épanouissent une foule d'autres franges nées de tout le reste de la face interne de la capsule fibreuse. Un grand nombre de ces villosités sont terminées par un appendice dur, cartilagineux dans toute son épaisseur ou crétacé au centre, et le pédicule est souvent si grêle, qu'il suffit du moindre effort pour le rompre. Du reste, à côté de corps étrangers pédiculés de petite dimension, on en trouve quelques-uns de la grosseur d'un haricot, à surface irrégulière alternativement jaunâtre et translucide, *absolument analogues à ceux du genou gauche.*

Signalons encore dans cette articulation un corps étranger de la grosseur et de la forme d'une rotule, rattaché par un pédicule fibreux volumineux et long de 4 centimètres au ligament latéral interne à son insertion sur le condyle.

Réflexions. — 1° Si l'on considère l'ensemble des lésions, on voit dans presque tous les organes une tendance à la production de tissu fibreux ou fibro-cartilagineux. Il y a artério-sclérose généralisée, développement sur l'endocarde de végétations fibreuses, néphrite interstitielle, sclérose de la rate, corps fibreux volumineux de l'utérus ; enfin, prolifération excessive de tissu fibro-cartilagineux au niveau des deux genoux. Il semble donc que cette observation vienne confirmer la théorie de *diathèse fibreuse* émise par M. Letulle et M. Hippolyte Martin, comme cause du tabes dorsalis.

2° Cette malade présentait les signes cliniques d'une lésion cardiaque : l'autopsie a prouvé qu'elle n avait pas la lésion du cœur la plus fréquente dans le tabes, l'insuffisance aortique. Il y avait aortite chronique, sans rétrécissement ni insuffisance aortique.

3° Si nous nous bornons à l'étude de l'artropathie, nous voyons que, quoique développée chez un tabétique, dans le cours du tabes, elle diffère complètement du type d'artropathie décrit par M. Charcot chez les ataxiques. Au lieu de l'usure étonnante des extrémités osseuses, de la dislocation et destruction de toute la jointure, il y a ici prolifération exubérante sans déformation de l'os proprement dit. La lésion répond à celle de l'arthrite chronique dont elle constitue un type idéal.

4° Enfin, l'étude des deux jointures est très intéressante au point de vue spécial de la pathogénie des corps étrangers articulaires. Sur les deux articulations, on peut les suivre facilement dans leur développement progressif aux dépens de 3 parties différentes de la jointure : 1° aux dépens de la capsule fibreuse : 2° aux dépens des franges de la synoviale ; 3° aux dépens des ecchondróses des extrémités osseuses.

M. Féré pense qu'on pourrait bien avoir affaire ici non à une arthropathie tabétique, mais à une arthrite chronique commune développée chez un ataxique ; l'abondance des corps étrangers et l'état velvétique du cartilage ne sont pas des lésions qu'on rencontre dans l'arthropathie nerveuse.

M. Kirmisson fait la même réflexion : on ne voit pas ici les lésions caractéristiques décrites par M. Charcot : usure et destruction des surfaces articulaires, luxations, etc. On

a déjà présenté plusieurs cas analogues à la Société qui pourraient bien, comme celui-ci, résulter d'une simple coïncidence, ou bien former une variété particulière d'artropathie nerveuse.

Cette pièce est encore intéressante au point de vue de la formation des corps étrangers. MM. Poulet et Vaillard ont nié que ces corps puissent se former aux dépens des franges synoviales, appuyant cette négation sur les recherches de M. Soubbotine, qui n'a jamais retrouvé de cellules cartilagineuses dans ces franges; le fait actuel contredit absolument cette manière de voir.

M. Cornil. Lorsque M. Charcot avait présenté, il y a 8 ans, ses premières pièces d'arthropathie tabétique, M. Cornil avait trouvé une grande analogie entre elles et l'arthrite sèche vulgaire. Plus tard, M. Charcot a présenté des pièces plus typiques, dans lesquelles l'usure des cartilages et des os, constituaient une forme spéciale. Cependant, il y a lieu de se demander si cette différence d'aspects n'est pas due à ce fait que certains malades marchent, et d'autres au contraires, paralysés, restent dans leur lit.

Chez les vieux rhumatisants qui marchent, on trouve de l'usure des surfaces articulaires; c est une lésion qui se voit parfois très avancée chez de vieux chevaux.

Dans le cas de M. Panne, la malade était paralysée depuis un an, et c'est pendant ce temps que l'arthrite a évolué. Peut-être peut-on admettre que cette altération, regardée comme spéciale, n'est qu'un mode particulier d'inflammation chronique des articulations.

L'idée de trouble trophique n'est pas suffisante pour expliquer ces désordres. Quant à ce qui regarde les recherches de M. Soubbotine, M. Cornil a vu des cellules cartilagineuses dans les franges synoviales dans des cas de goutte.

M. Féré rappelle la discussion qui a eu lieu à la Société clinique de Londres, l'année dernière, sur le même sujet. On y a présenté de nombreuses pièces analogues à celle-ci. M. Féré lui-même a présenté une articulation de tabétique qui était le siège d'une ankylose. Il faut être bien prudent dans l'interprétation de tous ces faits et on a une propension facile à attribuer à l'ataxie tout ce qu'on rencontre chez les ataxiques.

M. Damalix cite un fait rapporté dans la thèse de M. Chaput, dans lequel il y avait une destruction des surfaces articulaires de l'épaule, et une arthrite sèche vulgaire dans une autre articulation; or, ces deux lésions coïncident chez un individu non ataxique.

M. Broca, à ce propos, voulait présenter à la Société un cas bizarre de corps étranger de l'articulation médio-carpienne. Ce poignet avait été recueilli sur un sujet disséqué dans son pavillon à l'Ecole Pratique. La pièce a été jetée par suite d'une erreur du garçon, mais en voici la description sommaire, car elle vient à l'appui de ce que M. Kirmisson vient de dire sur les opinions de MM. Poulet et Vaillard au sujet des corps étrangers articulaires.

Entre le semi-lunaire et le pyramidal existait une cavité régulièrement ellipsoïdale, creusée par moitié à peu près égale sur la partie inférieure des faces correspondantes de ces deux os. La face articulaire supérieure de la seconde rangée était parfaitement lisse, régulière et normale. La cavité diverticulaire de la rangée supérieure était tapissée de cartilage. De la face antérieure du ligament postérieur naissait, à quatre ou cinq millimètres du bord inférieur de la première rangée un petit pédicule auquel était appendu un corps étranger. La forme de cette petite masse était la reproduction exacte de celle de la cavité déjà décrite. Sa surface était blanche et lisse, semblait nettement cartilagineuse; sa consistance était absolument dure.

Cette pédiculisation sur le ligament postérieur empêche de penser qu'il s'agisse d'un de ces os supplémentaires décrits sous le nom d'*os central du carpe*. Cet os, d'ailleurs, quand il existe, dépend de la tête anormalement isolée du scaphoïde et nullement du semi-lunaire ou du pyramidal. M. Broca pense donc que c'est un corps étranger articulaire encore adhérent à la capsule fibro-synoviale. Il eût fallu examiner la structure exacte de cette masse, mais malheureusement l'accident signalé en commençant a empêché de le faire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 avril 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Joffroy rapporte l'observation d'une jeune malade atteinte d'une forme spéciale d'atrophie musculaire. Jusqu'à l'âge de cinq ans, elle n'avait présenté aucun accident pathologique; elle eut alors la scarlatine et sept à huit mois après elle commença à avoir de la peine à marcher. On constata une flaccidité particulière des deux pieds qui prenaient l'attitude du varus équin. Malgré l'application d'appareils orthopédiques, les choses s'aggravèrent, les pieds se paralysèrent complètement, puis les jambes furent atteintes et s'atrophièrent notablement. Vers l'âge de 11 ans, les mains s'affaiblirent et prirent l'attitude en griffe, tous les muscles de la main étaient considérablement atrophiés ainsi que presque tous ceux des avant-bras. Au contraire, ceux des bras et des épaules, de la face et du tronc étaient intacts. Les muscles atteints ne réagissaient plus ou à peine au courant galvanique comme au faradique, et quelques-uns montraient nettement la réaction de dégénérescence; la température était abaissée au niveau des muscles atteints. On peut considérer ce cas comme caractéristique et répondant absolument au type clinique décrit récemment par MM. Charcot et Marie. M. Joffroy propose de dénommer cette forme d'atrophie musculaire, *atrophie juvénile des extrémités*. Il se refuse à admettre l'épithète de familiale que MM. Charcot et Marie avaient cru pouvoir lui donner à cause de l'existence très fréquente de la maladie chez plusieurs membres d'une même famille (10 dans une observation d'Eichhorst). Il pense en effet que cette maladie peut se montrer isolément. Le traitement a consisté en séances d'électrisation, bains chauds locaux, massage et immobilisation des avant-bras sur une planchette pendant la nuit seulement. L'amélioration a été notable après quelque temps.

M. Cadet de Gassicourt a observé cette forme d'atrophie chez deux frères, dont l'un vient de mourir de la diphtérie; la moelle et les nerfs seront examinés au laboratoire de M. Cornil.

M. Troisier présente encore une fois l'hystérique mâle atteint de monoplégie brachiale, guéri aujourd'hui, mais présentant encore tous les stigmates hystériques: anesthésie sensitive et sensorielle, disparition du sens musculaire. M. Bucquoy prétend avoir eu ce malade dans son service et l'avoir renvoyé comme simulateur. MM. Troisier et Joffroy n'admettent pas cette opinion, ils croient qu'il cherche à tirer le meilleur parti possible de sa maladie en exagérant, mais qu'il est bien nettement hystérique. M. Ducastel ajoute que ce malade a eu dans son service une congestion pulmonaire de nature hystérique, qu'il n'a certes pas pu simuler. M. Chauffard, à ce propos, fait remarquer que les faits de monoplégie hystérique sont tellement nombreux, même chez l'homme actuellement, que c'est un point aujourd'hui hors de discussion. Il vient d'en observer un cas plus intéressant en ce sens que le bras, siège jadis de la paralysie, est aujourd'hui nettement atrophié.

M. Debove a observé une jeune fille qui présente de temps à autre des accès de fièvre de longue durée pendant lesquels la température, prise dans l'aisselle, montait à 39° et même 41°,2 et 41°,3. L'examen le plus minutieux ne permit de découvrir aucune lésion dans aucun organe. La température revint brusquement à la normale. A ce sujet, M. Debove se demande si réellement l'hyperthermie à elle seule est capable d'avoir sur les tissus l'action nocive qu'on lui attribue ordinairement. Le cas de cette malade semble démontrer le contraire, et bien qu'il s'agisse d'une hystérique, on ne saurait admettre que ses tissus fonctionnent autrement que ceux d'un sujet ordinaire.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 avril 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Lucas-Championnière présente le sarcôme dont il a parlé dans la précédente séance; il fait observer que la

récidive rapide et la généralisation affirment la nature sarcomateuse de la tumeur, bien plus que l'aspect qu'elle présente.

M. Terrillon a amputé, il y a trois ans, l'avant-bras d'une jeune fille, pour un sarcôme kystique dont la poche avait l'aspect d'une poche anévrysmale; la récidive ne s'est pas encore faite.

M. Berger lit un rapport sur deux observations adressées par M. Dubar (de Lille) : *luxation de la phalangette sur la phalange du pouce*; *périostite externe du fémur chez un homme de 52 ans.*

M. Berger fait un rapport sur une observation très intéressante adressée par M. Guelliot (de Reims) : *plaie de l'utérus par coup de couteau sur une femme enceinte, plaie du fœtus, accouchement prématuré du fœtus mort, guérison.* Le couteau, à lame longue, avait pénétré par l'échancrure sciatique. Il y avait eu aussitôt après la blessure, un écoulement sanguin évalué à deux litres et demi ; M. Guelliot pense que le couteau ayant perforé la poche des eaux, celle-ci s'était vidée par la plaie.

M. Duplouy lit une observation d'*hypertrophie congénitale de nature lipomateuse* portant sur les trois premiers orteils et la partie interne de l'avant-pied, chez une petite fille de 5 ans. M. Duplouy fit la désarticulation de Lisfranc et enleva encore les deux premiers cunéiformes qui étaient hypertrophiés.

M. Trélat pense qu'il s'agissait là d'une lipomatose congénitale télangi ectasique ; il approuve l'opération.

M. Polaillon partage l'avis de M. Trélat sur la nature de la tumeur ; il a vu de ces tumeurs prendre un volume énorme au moment de la puberté.

M. Gayet a adressé à la Société, en 1864, cinq cas de tumeurs semblables ; deux des malades ont succombé depuis à des sarcômes des os.

M. Trélat ne voit pas de rapports entre le sarcôme et les difformités congénitales dont il vient d'être question.

M. Polaillon présente un malade guéri d'un gros kyste hydatique du foie par le procédé de la ponction avec un gros trocart.

M. Thomas lit une observation de traumatisme du doigt annulaire ; ce doigt ayant été dépouillé par arrachement de tous ses téguments, M. Thomas, bien qu'appelé plusieurs heures après l'accident, réintroduisit le doigt dans sa gaine cutanée qu'il maintint par deux points de suture. Trois centimètres de cette gaine reprirent, le reste se sphacéla. M. Thomas a pu ainsi éviter la désarticulation métacarpo-phalangienne et conserver la moitié du doigt.

P. Poirier.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

XV De l'involution sénile; par le Dr A. Brousse. – Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1886.

XV. Le sous-titre de cette thèse est ainsi conçu : *Des modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse.* Tel est le sujet qu'avait à traiter l'auteur, sujet fort vaste et où abondent les descriptions de détail qui toutes répondent au même type : atrophie générale de tous les tissus, souvent dégénérescence de leurs éléments et toujours prédominance de la trame conjonctive. Prenant alors un à un les grands appareils, M. Brousse étudie successivement chacun des organes qui les constituent, puis disséquant chaque organe, il le réduit en ses éléments anatomiques et montre comment chaque élément se comporte chez le vieillard, comment il dégénère; c'est en somme un vaste tableau anatomique et histologique des organes et des tissus du vieillard qui se résume presque en un exposé des altérations que produisent l'artério-sclérose, l'athérome, l'ossification. Le gros cœur des veillards, leurs reins scléreux, leurs os raréfiés, parfois ramollis, leurs muscles infiltrés de graisse, leur peau pigmentée et amincie, sont particulièrement décrits avec soin. Après cette longue étude anatomique, M. Brousse consacre plusieurs chapitres à la physiologie du vieillard qui peut aussi se caractériser d'un mot : ralentissement fonctionnel général. C'est surtout l'hématose et la nutrition qui sont particulièrement altérées chez le vieillard. Il exhale moins d'acide carbonique que l'adulte, son sang est bien moins riche en globules rouges, mais il renferme bien plus de substances extractives, la circulation est ralentie, l'écart entre la température centrale (37°.2 à 38°) et la température périphérique est bien plus considérable que chez l'adulte (1°), la quantité d'urine émise et sa teneur en éléments solides (surtout l'urée et l'acide phosphorique) sont notablement diminuées, les fonctions génitales, les fonctions de relation, sont considérablement affaiblies; enfin, le fonctionnement cérébral qui, dans certains cas, se rapportant à des hommes éminents, reste intact, perfectionné même par une longue éducation supérieure, est frappé bien souvent de la même déchéance que les autres manifestations vitales et présente le tableau lamentable de l'enfance sénile.

Enfin, M. Brousse termine en cherchant la nature de l'involution sénile ; il reconnaît deux facteurs, la sclérose artérielle qui n'est que la vérification anatomique du mot de Cazalis : *on a l'âge de ses artères* et en second lieu un trouble général de la nutrition qu'il rapproche des maladies par ralentissement de la nutrition, du professeur Bouchard. Puis vient la question finale, le *pourquoi* de la vieillesse, question que M. Brousse se garde bien d'essayer de résoudre en se contentant de dire sagement : l'involution sénile comme la mort est la conséquence de la vie.

En somme, bon travail rempli de documents nombreux et mis au courant de la science actuelle. L. C.

CORRESPONDANCE

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Dans la dernière séance de la *Société médicale de Berlin*, le Dr Léop. Casper a présenté un cas de rétrécissement considérable de l'urèthre, accompagné de rétention d'urine, lequel est intéressant par la méthode de traitement employé et par la marche de l'affection.

Le patient, âgé de 29 ans, a eu quatre blennorhagies, une il y a dix ans, une il y a huit ans, la troisième il y a quatre ans, et la dernière il y a deux ans. Déjà la deuxième fois il eut des troubles de la miction : l'urine s'écoulait difficilement et il y avait une légère cuisson du canal après la mixtion. En 1879, année où le malade fit son service militaire, l'urine ne s'échappait plus en jet. Il urinait un quart d'heure avant d'éprouver la sensation que sa vessie était vidée. Depuis cette époque, pas de changement jusqu'à ces derniers temps, où le mal s'aggrave.

Depuis 9 mois, le malade a présenté souvent de la rétention d'urine, mais il savait combattre cette incommodité. Il lui suffisait de se coucher, et sous l'influence de la chaleur du lit, l'urine parvenait à s'écouler au bout d'une demi-heure. Il y a 8 semaines cependant, il eut une rétention qui dura 12 heures, l'affaiblit beaucoup et le fit presque tomber en syncope. Enfin l'urine s'échappa goutte à goutte accompagnée de douleurs atroces dans le côté gauche. Dans le canal, il y avait en outre de telles douleurs qu'il lui semblait qu'on y versait du plomb fondu. Le lendemain, dimanche, il dut se coucher à cause de ses douleurs dans le côté. Le lundi, nouvelle rétention qui dura de 10 heures du matin à 9 heures du soir. Il se réchauffa au lit et prit deux cuillerées d'huile de ricin ; puis, en comprimant violemment l'abdomen, il fit sortir un peu d'urine. La nuit, il eut continuellement des envies d'uriner ; toutes les cinq minutes quelques gouttes sortaient. Il apporta ses urines à examiner le mardi matin.

L'urine était acide, claire dans la partie supérieure, au fond du vase se trouvait un nuage ; il y avait un peu d'albumine. Au microscope, beaucoup de globules de pus, de globules muqueux, des cellules épithéliales de la vessie et quelques bactéries.

La vessie, à l'examen, remontait jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic ; le rétrécissement se trouvait à 14 centimètres du méat. Après une demi-heure d'effort, le Dr Casper

arriva à introduire une bougie épaisse comme un fil de soie un peu gros. Mais l'urine ne s'écoulant pas le long de la bougie, on dut ressortir la bougie de la vessie; l'urine ne sortit pas davantage par la voie tracée. Le patient, affolé, demandait un secours immédiat.

Il ne restait plus (une bougie plus grosse n'ayant pu passer) que deux moyens : la ponction de la vessie ou l'uréthrotomie externe. Le Dr Casper a évité ces deux moyens en se servant d'un instrument dont la description, due à Alexandre-S. Hunter, se trouve dans le *Medical Record*, de New-York, de 1878.

C'est une bougie longue de 50 centimètres, en baleine, qu'on peut diviser en trois parties. La première est une bougie filiforme (n° 2 de la filière Charrière) de 15 centimètres de long, qui passe une partie plus large, longue de 5 centimètres environ, puis de là à une troisième, correspondant au n° 15 de la filière Charrière.

Le Dr Casper ayant réussi à introduire la partie filiforme dans la vessie, il poussa peu à peu l'instrument plus avant. Au bout d'un quart d'heure, environ 30 centimètres étaient introduits dans les voies urinaires : l'instrument fut laissé 5 minutes dans le canal, ce qui ne causa pas de douleurs appréciables. En ressortant l'instrument, il ne vint que quelques gouttes de sang, le rétrécissement était donc dilaté et très peu déchiré. Puis, on introduisit une sonde en métal n° 15 de Charrière, et une grande quantité d'urine s'échappa. Le malade se trouvait tout à coup guéri; le médecin lui conseilla d'aller se coucher; il ne tint aucun compte de la prescription et revint le soir raconter qu'il avait uriné spontanément, et que le jet était si fort, que depuis des années il n'en avait observé de pareil. Pas de fièvre, pas de frisson, pas de réaction. Tous les jours ce malade a été sondé et actuellement une sonde métallique n° 19 Charrière passe facilement. Les douleurs et la cuisson pendant la miction ont disparu.

Le Dr Casper ne croit pas que, dans tous les cas, la divulsion du rétrécissement soit indiquée, mais il pense au contraire qu'il faut dans les voies urinaires, agir avec la plus grande prudence, et toujours commencer par la dilatation progressive. Mais il y a des cas où il faut agir avec énergie, comme dans le cas actuel. Il y avait une rétention absolue, l'urine montrait les signes d'un catarrhe de la vessie, et les douleurs dans le côté pouvaient faire admettre l'imminence d'une pyélite.

Dans des cas de ce genre, l'orateur recommande chaudement l'emploi de cette méthode de préférence à la ponction de la vessie et à l'uréthrotomie.

Veuillez agréer, etc.

Berlin, 16 avril 1886. Dr X...

BIBLIOGRAPHIE

Berättelse till kongl. medicinalstyrelsen om allmænna helsotillstændet i Stockholm under æret 1884 (Rapport à la direction médicale royale sur l'état général de la santé à Stockholm pendant l'année 1884)-VII, par le Dr Klas Linroth. — Stockholm, in 4° de 8) p., 1885.

Cette intéressante publication correspond exactement au *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* et aux *Tableaux mensuels de statistique municipale de la ville de Paris*, si ce n'est que nos publications parisiennes sont plus complètes que celle qui nous occupe. On y trouvera des renseignements utiles sur l'analyse des eaux de Stockholm, sur le mouvement des abattoirs et des boucheries, sur la prostitution, sur les maladies qui ont régné dans cette ville, soit pendant la période de 1875 à 1884, soit pendant cette dernière année; sur l'état des naissances, des décès, sur le mouvement de la population, etc. R. B.

Overzicht van de wisselende chemische samenstelling en pharmacodynamische waarde van eenige belangrijke geneesmiddelen (*Revue de la composition chimique et de la valeur pharmaco-dynamique de quelques médicaments importants*); par P.-C. Plugge. — Amsterdam, in 8° de 113 p., 1885.

Sous ce titre, l'auteur fait l'étude chimique et pharmacologique d'un grand nombre de médicaments usuels tels que l'aconitine, l'aconit, l'atropine, la belladone, la caféine, etc. L'ouvrage se termine par un tableau comparatif d'un très grand nombre de médicaments ou de produits chimiques, d'après la formule ou la composition que leur attribuent les pharmacopées hollandaise, belge, française, anglaise, allemande, autrichienne, suisse, danoise, suédoise, norvégienne et américaine. R. B.

Endemia de tenia solium en la Republica argentina; par B. Dupont. — Buenos-Aires, in-8° de 69 p., 1885.

On sait que le tænia inerme (*Tænia saginata* Göze) étend de jour en jour son aire de distribution et devient de plus en plus fréquent, tandis que le tænia armé (*Tænia solium* Lin.) devient de plus en plus rare. Le Dr Dupont signale à son tour l'extrême fréquence du tænia dans la République argentine. Quoi qu'en dise le titre de sa brochure, c'est bien du tænia inerme qu'il s'agit encore ici. L'auteur dit que les paysans argentins ont pris l'habitude de manger de la viande crue ou à peine cuite et il voit avec raison dans cette coutume la cause de la propagation du parasite. R. B.

VARIA

Institut Pasteur.

Le gouvernement *Espagnol* vient d'envoyer à ses frais, chez M. Pasteur, deux enfants qui ont été mordus par un chien enragé, à Carthagène. — Des Arabes sont arrivés à Paris pour être soumis au traitement de M. Pasteur. Ce sont sept Kabyles, quatre hommes, un jeune garçon, une jeune fille et une vieille femme. Ils ont été mordus par un chien enragé à Sidi-Haich (arrondissement de Bougie, province de Constantine). L'un d'eux a été atteint au bras. C'est la commune de Sidi-Haich qui a pris à sa charge les frais de leur voyage. — Sir Henry E. Roscoe, membre de la Chambre des Communes d'*Angleterre*, auteur d'une proposition ayant pour objet de créer à Londres une clinique antihydrophobique basée sur l'application de la méthode Pasteur, vient d'arriver à Paris pour se livrer à une enquête. Sir Roscoe fait partie d'une commission chargée par le gouvernement britannique de faire un rapport sur la méthode antirabique de M. Pasteur. Cette commission, composée de MM. H. Roscoe, membre du Parlement et auteur de la proposition, le docteur Lauder Brunton, médecin à l'hopital de Saint-Thomas, le docteur Burdon-Sanderson, professeur de physiologie à l'Université d'Oxford, le chirurgien sir James Paget, le docteur R. Quain et M. Fleming, chirurgien en chef de l'armée anglaise, a délégué à Paris trois de ses membres : sir H. Roscoe, le docteur Lauder-Brunton et le docteur Burdon-Sanderson, ainsi que M. V. Harsley, secrétaire, pour se mettre en rapport avec M. Pasteur, et voir ses malades en traitement et ses animaux en expérience. — Une *Russe* venue il y a un mois à Paris, à la suite d'une morsure de chien enragé, et dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, est morte à la Salpêtrière. Cette femme avait été amenée du laboratoire de la rue d'Ulm dans le service de chirurgie du docteur Terrillon. Depuis quinze jours seulement, elle avait pu être soumise aux inoculations de M. Pasteur; et le retard apporté au traitement curatif paraît être cause dans ce cas de l'insuccès. Cette femme avait été mordue très profondément au bras et au visage. — On écrit de *La Réole* que le conseil municipal de cette commune vient de voter, sur la proposition de l'administration municipale, une somme de deux cents francs pour la souscription à l'Institut Pasteur. La société réolaise de la Ligue de l'Enseignement vient, de son coté, de prendre l'initiative d'ouvrir une souscription en ville pour l'Institut Pasteur. — Sept personnes, de la province d'Alicante, mordues par un chien enragé, sont arrivées à Paris pour se faire soigner par M. Pasteur.

Veut-on savoir comment, en Russie, certaines gens, d'ailleurs Allemands d'origine, parlent de l'importante découverte de Pasteur. On lit dans un journal d'Odessa, le *Novorossusky Telegraphe*, n° du 25 mars (6 avril) 1886 :

M. Pasteur a trouvé un adversaire enragé en la personne du professeur de l'Université de Kazan, M. Zangué, qui, dans sa communication lue à la Société de médecine de cette ville, s'efforçait de démontrer que l'entrainement de la France et de la Russie par les nouvelles découvertes de Pasteur est encore par trop précoce. M. Zangué fait remarquer qu'en France il n'a paru jusqu'à présent aucune communication ni publication relative à l'hydrophobie et portant la signature de Pasteur. De telles communications apparaissaient signées par des élèves de ce dernier ou avaient un caractère de simples publications de rapporteurs. Ce qui mérite une attention particulière c'est qu'aucun organe de la presse médicale en Allemagne n'a fait la moindre mention de la découverte de

Pasteur. Ensuite, ayant parlé grosso modo de l'atténuation du virus rabique et de son inoculation à l'homme, le professeur Zangué dit que le succès des inoculations prophylactiques de Pasteur doit être considéré comme un fait du hasard.

Parmi ceux qui ont subi les inoculations, une fille est morte avec tous les symptômes de la rage. Selon M. Zangué, la mort a été due non pas à la morsure, *mais au virus introduit dans l'organisme par l'inoculation.*

De plus, le professeur Zangué s'appuyait sur la presque impossibilité de diagnostiquer avec certitude la rage chez le chien dont d'autres maladies peuvent facilement être confondues avec l'hydrophobie. Selon Grevé, sur vingt chiens reconnus enragés il n'y a en effet que deux ou trois qui le sont.

Enfin, le professeur Zangué fait observer que depuis bien longtemps une foule de moyens ont été recommandés comme prophylactiques de la rage chez l'homme et l'animal. Ainsi par exemple en Amérique on essaya la *Scutellaria lateriflora* sur 850 hommes et 1,100 animaux et il fut prouvé que, même dans les cas où la rage s'était déclarée, la maladie avortait sous l'influence de ce médicament. Chez nous, en 1875, Gregimailo annonça la merveilleuse efficacité contre la rage du *Carduus*. L'auteur a pu arrêter le développement de la rage chez plus de cent personnes. Un chien enragé mordit une vache, un porc, un chat et une grue; dans les deux premiers cas on administra du Carduus à l'intérieur et la maladie ne se déclara pas, mais le chat et la grue qui n'avaient pas pris de ce médicament moururent, l'un le troisième et l'autre le onzième jour après la morsure.

Sur 12 hommes mordus par un loup enragé, 6 furent traités avec le Carduus et restèrent indemnes; les 6 autres qui n'en prirent pas moururent de la rage. Une trentaine de bestiaux de différentes espèces furent mordus par un loup enragé; 8 non soignés moururent d'hydrophobie, les 22 autres traités par l'auteur échappèrent à la mort. (*Traduction de M. Sp. C.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Opérations médicales et chirurgicales — Faute et imprudence alléguées contre un médecin par le malade. — Demande en dommages-intérêts. — Expertise.

La responsabilité des médecins et des chirurgiens ne peut être engagée par le fait seul qu'ils n'auraient pas suivi de point en point, pour le traitement, les indications données par le malade. Une large initiative doit être laissée à leur sagacité et à leur expérience.

Les médecins et chirurgiens ne peuvent être responsables des douleurs d'une opération ou des accidents consécutifs, qu'autant qu'il est démontré que le traitement par eux ordonné était contraire à la prudence et aux règles de l'art.

M. le docteur X..., réclame à son client le sieur R..., la somme de 300 francs, pour soins médicaux. Le sieur R..., refuse de payer la note de son médecin, prétendant que, loin de lui devoir une somme quelconque, il est en droit de lui demander des dommages-intérêts pour faute lourde et imprudence grave dans l'exercice de sa profession. Et, de fait, il lui réclame la somme de 10,000 francs, à titre de réparation du préjudice que ledit docteur lui aurait causé dans les circonstances révélées par le jugement suivant, jugement rendu sur les plaidoiries de M[e] R..., Ro....., avocat du docteur X.., de M[e] P... Da ..., avocat de M. R..., et les conclusions de M. L....., substitut du procureur de la République :

« Le Tribunal,

« Attendu que le docteur X..., réclame au sieur R..., le paiement d'une somme de 300 francs pour soins et honoraires d'une opération chirurgicale faite le 19 mai 1882 et ayant consisté dans l'ablation d'une partie du prépuce et le traitement de l'affection dite « phimosis; » Attendu que R..., prétendant que ladite opération aurait été pratiquée sans nécessité et sans son consentement, dans des conditions imprudentes et contraires à l'art chirurgical, eu égard à son âge et à son état de santé, se porte reconventionnellement demandeur, et réclame à X..., la somme de 10,000 francs à titre de dommages-intérêts; qu'il articule en conséquence et offre de prouver par témoins les faits suivants : 1° Le docteur X.., malgré l'observation qui lui avait été faite de pratiquer un simple débridement, s'est au contraire livré à une opération consistant à enlever le prépuce dans des proportions inusitées et à le détacher complètement; 2° Cette opération était, surtout en présence de l'age et des antécédents du sieur R..., une opération contraire à toutes les règles et constituant par elle-même une faute des plus graves. A la suite de cette opération, le sieur R..., n'a cessé de se plaindre de douleurs atroces. Il lui est impossible de se livrer à aucun travail suivi. Il a perdu tout sommeil; 4° Une tumeur s'est manifestée bientôt à la partie blessée. Le sieur R..., a été obligé de recourir aux soins de célébrités médicales pour se la faire enlever; 5° L'opération du docteur X..., a eu encore pour conséquence de rendre le sieur R..., complètement impuissant; 6° Cette impuissance, les douleurs ci-dessus, la perte de tout sommeil, la tumeur dont il s'agit ont eu pour cause immédiat et directe l'opération du docteur X...

« Sur le second fait :

« Attendu qu'il convient de recourir d'office à une expertise.

« Sur le premier fait,

« Attendu que si les médecins et chirurgiens doivent en principe s'abstenir de toute médication ou opération à laquelle le malade aurait refusé de se soumettre, il est non moins certain que leur responsabilité ne peut être engagée par le fait seul qu'ils n'auraient pas suivi de point en point, pour le traitement, les indications données par le malade; qu'une large initiative doit être laissée à la sagacité et à l'expérience du médecin. Attendu que le docteur X..., déclare qu'il a pratiqué un simple débridement dans la mesure nécessaire, eu égard à l'état du malade. Que les parties étant à cet égard, contraires en fait, il y a lieu d'étendre la mission donnée aux experts à la vérification de la nature de l'opération pratiquée par le docteur X.., Que, du résultat de cette vérification, dépendent en effet la pertinence et l'admissibilité de l'articulation de R..., Sur les troisième, quatrième, cinquième et sixième faits : Attendu que les médecins et chirurgiens ne sauraient davantage être responsables des douleurs causées par une opération, ni des accidents consécutifs qu'autant qu'ils auraient été inhabiles et qu'ils auraient traité le malade dans des conditions contraires à la prudence et aux règles de leur art; Que l'expertise qui va être ci-après ordonnée fournira également au tribunal les éléments indispensables pour apprécier si lesdits faits sont concluants et si la preuve en doit être ordonnée; Qu'il convient en conséquence, de surseoir à statuer sur les conclusions à fin d'enquête jusqu'à l'issue des opérations d'expertise.

« Par ces motifs :

« Avant faire droit, commet MM. Brouardel, Alfred Fournier et Felizet, dispensés du serment, du consentement des parties, lesquels visiteront le sieur R.., et diront : Premièrement. Quelle est la nature de l'opération pratiquée sur lui le 18 mai 1882, par le docteur X...; Deuxièmement. Si elle a été faite avec dextérité et selon les règles de l'art chirurgical; Troisièmement Si elle était nécessaire, ou s'il ne suffisait pas au contraire, de faire une opération plus simple et moins douloureuse pour le malade; Quatrièmement. S'il y avait imprudence ou tout au moins témérité à la pratiquer, eu égard à l'age du sieur R..., à son état de santé, aux affections générales ou locales, anciennes ou récentes dont il était ou avait été atteint; Cinquièmement. Si elle a déterminé ou pu déterminer la tumeur à la partie opérée dont l'ablation a été faite le 7 juillet 1884;

« Surseoit à statuer sur la demande d'enquête; réserve les dépens. » *Le Droit*, 1886.

Enseignement médical libre.

Cours sur la structure et les maladies du système nerveux. — M. le D[r] J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hopital de la Charite, reprendra ses leçons le jeudi 6 mai, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure (Amphithéatre du 2[e] etage). Le cours de cette annee aura principalement pour objet la *structure du cerveau* et la *paralysie générale.*

Conférences de clinique thérapeutique. — M. Dujardin-Beaumetz commencera des conferences de therapeutique le mercredi 5 mai, à 9 heures 1/2, à l'hopital Cochin, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera cette année de l'hygiène thérapeutique. Visite et interrogatoire au lit du malade tous les matins à 9 heures 1/2.

FORMULES

III. Traitement de la toux dans la bronchite aiguë. Stuver.

Employez la formule suivante :

Extrait fluide de *Grindelia Robusta*. . . .	30 gr.
Extrait fluide de *Yerba santa*.	30 gr.
Sirop de Tolu.	90 gr.

(*Medical News*, 1885).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 avril 1886 au samedi 24 avril 1886, les naissances ont ete au nombre de 1300 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 486; illégitimes, 176 Total, 662. — *Sexe féminin* : légitimes, 485; illégitimes, 153. Total, 638

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881

2 225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 avril 1886 au samedi 24 avril 1886, les décès ont été au nombre de 1102, savoir : 573 hommes et 529 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde : M. 4 F. 7. T. 11. Variole : M. 3. F 2 T. 5 — Rougeole M. 12 F. 17, T. 29 Scarlatine : M. 10. F. 6 T. 16. — Coqueluche : M. 4. F. 14 T 18 — Diphthérie, Croup : M. 19 F. 18 T. 37. - Dyssenterie : M 0. F. 0, T 0. — Erysipèle : M 2. F. 1. T 3. - Infections puerpérales . 6 Autres affections épidémiques : M . F , T .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 23 F 25 T. 48. — Phthisie pulmonaire M 112. F. 85 T 197. - Autres tuberculoses. M 31. F. 24. T 55. Autres affections générales : M. 37, F. 32 T 69 — Malformations et debilité des âges extrêmes : M. 24, F 22 T. 46 — Bronchite aiguë : M 20 F 13 T. 33 — Pneumonie : M 52. F. 60. T. 112 — Athrepsie M. 44 F 32 T 76. — Autres maladies des divers appareils : M 147 F. 150, T 297. — Après traumatisme : M. ., F. ., T .. — Morts violentes . M 21, F 5. T. 26 — Causes non classées M 8, F. 10, T 18.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 84 qui se décompesent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 16 Total : 48 — *Sexe féminin* : légitimes, 18 ; illégitimes, 18 Total : 36

Faculté des sciences de Paris. — M. Griner, licencié ès-sciences physiques, préparateur au laboratoire de l'École pratique des Hautes-Études, est nommé préparateur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Achsner de Connick, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouvault (Louis), bachelier ès lettres et ès sciences est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, préparateur-adjoint des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Combes, démissionnaire.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Ségalas, préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé chef des travaux pratiques de physique à ladite Faculté (emploi nouveau).

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Rochet (Victor Alexandre), est nommé prosecteur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Jaboulay, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Durrande, professeur de mécanique rationnelle et appliquée à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

École pratique des Hautes-Études. — Le laboratoire dépendant de la chaire de minéralogie occupée par M. le professeur Des Cloizeaux, au Muséum d'histoire naturelle est rattaché à l'École pratique des Hautes-Études, (3e section, sciences naturelles).

École d'anthropologie. — M. Mathias Duval reprendra ses leçons d'*Embryologie*, à l'école d'Anthropologie, le vendredi 7 mai, à 2 heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants. Il traitera : du Blastoderme (inversion des feuillets chez les rongeurs) ; de la théorie de la gastrula ; du vertébré considéré comme colonie linéaire (organes segmentaires et segmentation prevertébrale).

Universités étrangères. — *Hôpitaux étrangers.* — M. le professeur Furbringer a pris la direction de la section de médecine interne à l'hôpital de Friedrichsheim.

Berlin : M. le professeur Frœhner vient d'être appelé de l'école vétérinaire de Stuttgard à celle de Berlin. — Le professeur Schutz est désigné pour diriger à l'école vétérinaire de Berlin une série de cours de bactériologie d'une durée respective de 14 jours ; on doit graduellement y faire participer un grand nombre de médecins-vétérinaires des départements.

Kœnigsberg : Le 16 mars, a eu lieu le jubilé de la 60e année de professorat du doyen de l'Université de Kœnigsberg, Neumann.

Copenhague : Chr. Bohr, qui a longtemps travaillé sous la direction de Ludwig, à Leipzig, remplace Panum, de Copenhague, dont il était l'assistant.

Londres : Cette année verra se produire le jubilé du 50e anniversaire de l'Université de Londres. — Le Dr U. Pritchard est désigné pour tenir la première chaire d'otiatrie à Kings-College (création nouvelle).

Graz : Le Dr G. Pommer vient d'être autorisé à professer, en qualité de privat-docent, l'anatomie pathologique à l'Université de Graz.

Prague : M. le privat-docent A. Schenkl est nommé professeur extraordinaire d'ophthalmologie à l'Université de langue allemande de Prague. — MM. Franz Mares et Wenzel Rubeska sont nommés privat-docenten, l'un de physiologie, l'autre d'accouchements et gynécologie, à la Faculté de langue bohémienne à Prague.

Vienne : A la dernière séance tenue par le collège des professeurs de Vienne, M. Kundrat a proposé d'installer dans l'Institut pathologique, agrandi dans ce but, un institut bactériologique.

Femmes médecins. — La reine Marguerite d'Italie vient d'attacher à sa personne en qualité de médecin Mlle la doctoresse Margherita Farne, qui a pratiqué dans plusieurs hôpitaux de Milan et Turin.

Laïcisation des Hôpitaux. — L'hospice Wyk, fondé par la Société « *Für Kinder-Heilstätten an deutschen Seeküsten* » a, au mois de septembre 1885 remplacé les sœurs-diaconesses de Flensburg par des infirmières de l'hôpital Augusta, sous la direction de Mme Ludwig Burger, veuve du peintre et professeur de ce nom.

La médecine en Serbie. — M. Langenbuch, médecin et directeur de l'hôpital Saint-Lazare, a été appelé par le prince de Bulgarie pour réformer l'organisation de la médecine dans ce pays.

Société de médecine interne de Berlin. — Réunion générale du 5 avril. Bureau : Président, M. Leyden ; vice-présidents, MM. Frœntzel et Gerhardt ; secrétaires, MM. A. Frœnkel, P. Guttmann, Jastrowitz ; trésorier, M. Marcuse ; bibliothécaire, M. Max-Meyer.

Bibliothèques publiques. — M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de médecine, M. Abria, doyen de la Faculté des sciences, M. Gayon, professeur à la Faculté des sciences, sont nommés membres du Comité d'inspection et d'achats de livres pour la Bibliothèque de Bordeaux. — M. le Dr A. Coronat est nommé membre du Comité d'inspection et d'achat de livres pour la Bibliothèque de Gap ; M. le Dr Corson, pour celle de Guingamp.

Congrès des Sociétés savantes. — Le *Congrès* annuel des *Société savantes* s'est réuni mardi dernier à midi et demi, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Les présidents de section de ce congrès étaient : M. Alexandre Bertrand, membre de l'Institut, conservateur du musée de Saint-Germain, président de la séance d'ouverture. M Léopold Delisle, membre de l'Institut, président de la section d'histoire et de philologie ; — M. Chabouillet, de la section d'archéologie ; — M. Levasseur, membre de l'Institut, de la section des sciences économiques et sociales ; — M Faye, membre de l'Institut de la section des sciences ; M. Milne-Edwards, vice-président ; Vaillant, secrétaire ; — M. le vice-amiral Jurien de la Gravière, membre de l'Institut, président de la section de géographie historique et descriptive. La séance solennelle de clôture du congrès sera tenue le 1er mai, sous la présidence de M. Goblet, ministre de l'instruction publique.

Conseil académique de Paris — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 15 avril 1886, pour l'élection au Conseil académique de Paris d'un délégué de la Faculté des sciences en remplacement de M. Desains, décédé, M. Troost, professeur de chimie à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du conseil académique de Paris.

Conseil de perfectionnement des Écoles vétérinaires. — Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1886, la composition du conseil de perfectionnement des écoles vétérinaires par arrêté du 20 février dernier, a été ainsi déterminée : Le ministre de l'agriculture, président. M. Hervé-Mangon (de l'Institut) vice-président ; MM. Pasteur (de l'Institut) ; Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Tisserand, directeur de l'agriculture ; de Cornette, directeur des haras ; Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires ; Leblond, inspecteur général des services sanitaires des animaux domestiques ; Risler, directeur de l'Institut agronomique, Lavalard, membre du Conseil supérieur de l'agriculture ; Capon, vétérinaire principal ; Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon ; Baillet, directeur de l'École vétérinaire de Toulouse ; C. Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Quivogne, vétérinaire à Lyon ; Guittard, vétérinaire à Astofford ; Larmet, vétérinaire à Besançon.

Choléra. — L'épidémie cholérique tend à se propager en Italie, quoi qu'une amélioration sensible soit notée à Brindisi et dans le voisinage. Le choléra s'est montré à Milan vers le 15 avril. Les provenances des ports italiens atteints sont soumises à une inspection sérieuse.

Hôpitaux de Paris : *Concours pour trois places de pharmaciens des hôpitaux.* — Le registre d'inscription du concours qui doit s'ouvrir le samedi 1er mai, pour la nomination à 3 places de pharmaciens des hôpitaux et hospices civils de Paris, est clos. Les candidats sont au nombre de 12, qui sont : MM. Gaillard, Winter, Gérard, Berthaud, Blanchard, Thabuis, Desobry, Béhal, Héret, Causse, Gasselin, Meillère. Les membres du jury sont : Planchon, Bourgoin, Bourquelot, Guinochet, Sonnié-Moret, Limousin et Dr Chantemesse.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts. Le titre de docteur en médecine est exigé. MM. les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés de 10 heures à 4 heures au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28. Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

LE CENTENAIRE DE PARMENTIER. — Des fêtes ont eu lieu à Montdidier (Somme) pour célébrer le centenaire de Parmentier l'introducteur de la pomme de terre en France. Ces fêtes ont commencé le lundi de Pâques; elles dureront jusqu'au 9 mai. Les fêtes comprennent une exposition agricole; un concours de gymnastique, etc... Le dimanche 9 mai, M. Goblet, ministre de l'instruction publique et député de la Somme, et M. Jules Develle, ministre de l'agriculture, iront assister à la dernière journée des fêtes; ils assisteront à un banquet d'honneur. La distribution des récompenses aura lieu sur la place de l'Hotel-de-Ville. L'éloge de Parmentier, au pied de la statue, sera prononcé par M. Heuze, inspecteur honoraire de l'agriculture. La Société des agriculteurs de France a désigné une délégation de vingt membres pour la représenter à Montdidier. Le général Boulanger a délégué M. le pharmacien inspecteur Coulier, ainsi que l'un de ses officiers d'ordonnance.

M. Chevreul a écrit au président du centenaire une lettre par laquelle il s'excuse de ne pouvoir, vu son grand âge, assister à cette cérémonie. Lundi dernier MM Coulier, Chatin, Bourgoin et Planchon (de l'Ecole de pharmacie de Paris), ont prononcé des discours et résumé la vie si bien remplie de Parmentier.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr SALIÈGES est nommé médecin du Lycée d'Alger (petit Lycée de Bey-Aknoum). Emploi vacant.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le Dr LABURTHE, médecin du ministère de l'intérieur, est chargé d'une mission à l'effet d'entreprendre des recherches anthropologiques dans les dolmens, les grottes funéraires, etc., des départements d'Alger et de Constantine.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de botanique* (classifications). Le cours, suspendu pendant les vacances de Pâques, recommencera le mardi 4 mai. Il y aura deux séries de leçons: 1° Les leçons de botanique fossile continueront tous les samedis à midi 1/2 dans le grand Amphithéâtre; 2° Des leçons théoriques et pratiques sur les familles de plantes vivantes auront lieu dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63, les mardis à midi 1/2 et samedis à 1 h. 1/2. On commencera par l'étude des Dicotylédones polypétales. — M. Albert GAUDRY, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, membre de l'Institut, commencera son cours de paléontologie, le samedi 5 mai 1886, à 3 heures et demie du soir et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il étudira la *Paléontologie des environs de Paris*. Le cours aura lieu dans l'Amphithéâtre d'anatomie comparée. Conférence pratique le lundi.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr LEGRAS, ancien interne des hopitaux de Paris, ex-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture de police, en remplacement de M. le Dr Ch. FÉRÉ, démissionnaire.

SOCIÉTÉ HISTORIQUE ET ARCHÉOLOGIQUE DU PÉRIGORD. — La Société historique et archéologique du Périgord est reconnue comme établissement d'utilité publique (Décret).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Cette société tiendra sa séance solennelle le lundi 10 mai; le banquet annuel aura lieu le même jour, à 7 heures, chez Brébant, boulevard Poissonnière, 82. Le prix de la cotisation est de 20 francs.

TRANSPORT DE LA FORCE PAR L'ÉLECTRICITÉ. — MM. Marcel Deprez, de l'Académie des sciences; Lemonnier, président de la chambre syndicale des industries électriques; d'Arsonval, professeur au Collège de France, et Violet, chef du cabinet du ministre des postes et des télégraphes, sont nommés membres de la commission spéciale constituée à l'effet de préparer et proposer un règlement pour fixer les conditions techniques à remplir dans l'intérêt de la sécurité publique pour l'installation des conducteurs affectés à la transmission de la lumière ou au transport de la force par l'électricité.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr C. Et. BOURDIN, mort à 71 ans, à Choisy-le-Roi, membre de plusieurs Sociétés savantes. — M le Dr TEJADA Y ESPANA (de Madrid) éditeur du journal: « *El Genio medico.* » — M. le Dr Edmond HABILLON, de Blaise (Haute-Marne), jadis à Thézey Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle). — M. le Dr GUYOD, médecin en chef de la maison de santé de Tirlemont (Belgique), membre de la Société de médecine de Belgique, mort à 38 ans. — Le Dr ŒSTERREICHER, oculiste très connu, décédé à Budapesth; — le Dr J. VASKOWICZS, directeur de l'établissement hydrothérapique de Schwanberberg; — le Dr BRUECKNER (de Nietleben); le Dr SEIFERT (d'Œderan); le Dr WIMMERSEN (de Dresde); le Dr PLOSS, le Dr KLEMM (de Leipzig); le Dr BARTHOLOMOEI (de Mohorn); le Dr FRENKEL (de Kirchberg); le Dr RUBACHER (de Dresde); le Dr LOESSNER (de Chemnitz); le Dr SEEGER (de Merkurtz); le Dr SEIFERT, directeur de l'asile d'aliénés de Rugenwald; les Drs WISCHNEWSKI, STEMPKOWSKI, SCHACHNO (des pays de Kosmodenjanski, Slupzy, Skopin). — Une intoxication par l'oxyde de carbone vient de tuer à la station de Tasch-Suat, le jeune médecin PANTELEJEW, qui se rendait à son poste. — Le Dr SCHŒFFER (de Vienne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

GILLES DE LA TOURETTE. **Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du systeme nerveux, étudiée par la méthode des empreintes** Broch. in-8 de 78 pages, avec 31 figures. Prix 3 fr. 50 Pour nos abonnés . . . . . 2 fr. 45

LANNOIS (M.) et LEMOINE (G.) **Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons (contribution à l'étude des troubles nerveux consecutifs aux maladies aiguës,** Broch, in-8 de 15 pages. — Prix: 50 c. Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

LEGRAIN (M.). **Note sur un cas d'inversion du sens génital avec épilepsie.** Broch. in-8 de 8 pages. — Prix: 40 c Pour nos abonn. 25 c.

PARINAUD (H.) et MARIE (P.). **Névralgie et paralysie oculaire à retour périodique constituant un syndrome clinique spécial,** Brochure in-8 de 15 pages. — Prix: 50 cent. Pour nos abonnés. . . 35 c.

SIGERSON (G.). **The Law and the lunatic.** Brochure in-8 de 52 pages. — Dublin, 1886. — Hadges, Figgis et Ce.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BARTH (H.). Du sommeil non naturel, ses diverses formes. in-8 de 186 pages. — Prix: 4 fr.

BEURMANN (D.). De la médication abortive. Brochure in-8 de 260 pages — Prix: 4 fr. 50 c.

CHAUFFARD (A.). Des crises dans les maladies. Broch. in-8 de 130 pages. — Prix: 3 fr. 50 c.

DÉJÉRINE (J.) L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Vol. in-8 de 293 pages. — Prix:

LETULLE (M.). Despyrexies abortives. Broch. in-4 de 206 pages. — Prix:

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière — Clinique des maladies nerveuses: M le professeur CHARCOT, lundi et mardi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hospice de Bicêtre. — Maladies mentales: M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie*: M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales*: M. J. VOISIN. Le lundi à 9 heures.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Médecine*. Service de M. le professeur CORNIL. — Consultation le vendredi. Spéculum le lundi. — Salle Grisolle (F): 7, insuffisance et rétrécissement mitral; 9, adénopathie bronchique; 13, albuminurie; 17, paraplégie douloureuse; 18, pleurésie droite; 23, ataxie; 27, ataxie, chute des ongles; 29, paralysie bulbaire; 42, ataxie. — Salle Rostan (H): 2, paralysie générale; 4, myélite chronique; 6, insuffisance aortique; 7, monoplégie brachiale; 10, ataxie; 12, myélite combinée; 25, fièvre intermittente.

Service de M. le Dr AUDHOUI. — Visites à 9 heures. Consultation le samedi. Spéculum le mardi. Clinique le jeudi. — Salle Monneret (H.): 6, hystérie; 16, glycosurie; 23, paralysie agitante; 31, syphilis cérébrale. — Salle Cruveilhier (F.): 5, hémiplégie syphilitique; 11, ataxie locomotrice; 12, insuffisance et rétrécissement mitral; 16, pleurésie aigue.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 MAI 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur **U. TRÉLAT.**

Sur un cas d'obstruction intestinale.

Leçon recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le professeur (1).

Messieurs,

Mon absence au jour fixé pour notre dernière réunion a été motivée par une consultation pour laquelle j'ai été appelé en province. Je me suis trouvé en face d'un cas délicat et difficile, tant au point de vue du diagnostic à établir qu'au point de vue du traitement à proposer; aussi ai-je pensé à l'utiliser pour votre instruction, et me suis-je décidé à en faire le sujet de notre entretien d'aujourd'hui.

Voici d'abord l'historique de ce fait, qui, après avoir été, au début, du ressort de la médecine, est devenu ultérieurement justiciable de l'intervention de la chirurgie, et qui, par cela même, me semble devoir présenter pour vous un double intérêt.

La malade sur laquelle on me demandait mon avis est une femme de 60 ans, vigoureuse, qui présentait depuis le 22 janvier des signes d'obstruction intestinale. Le médecin ordinaire avait mis en œuvre les divers moyens usités en pareil cas, laxatifs, purgatifs, etc. Le 25 janvier, des vomissements surviennent, vomissements verdâtres, bilieux, qui continuent les jours suivants, pour cesser le 28. Le même jour (28), il se produit une petite évacuation alvine : très peu de matières et des mucosités. Le 29, les vomissements ne se renouvellent pas; ils reparaissent le 30 et le 31, puis cessent de nouveau les 1er, 2 et 3 février. Mais, malgré les lavements d'eau de Seltz administrés en dernier lieu, on n'obtient toujours pas de selles. C'est alors que l'on me fait appeler.

Les premières particularités que je constate tout d'abord sont les suivantes : il n'y a pas d'altération des traits, pas d'amaigrissement, pas de douleurs vives; la langue est un peu blanche; le ventre est ballonné.

L'interrogatoire, en outre des renseignements que je viens de vous relater, me fournit deux notions importantes. La malade a eu trois enfants. Il lui est resté, à la suite de sa première couche, de la douleur dans le ventre et un malaise assez prolongé. Un intervalle de 12 ans s'écoule entre le premier accouchement et le second, dont les suites sont normales. Puis arrive le troisième accouchement, qui est suivi d'accidents analogues à ceux qui s'étaient manifestés après le premier, et de quelques douleurs utérines persistantes. D'autre part, depuis quelque temps, à la suite de la perte d'un petit enfant tendrement aimé, l'état de santé de cette dame est devenu moins bon, son appétit a diminué, et depuis cinq mois elle est sujette à des accès de constipation opiniâtre qui se terminent par de véritables débâcles. J'apprends enfin que, dans la nuit qui a précédé ma visite, il y a eu émission de deux gaz par l'anus.

Je dirige alors mon examen en premier lieu du côté de l'utérus, et je procède à la palpation et au toucher. Le ballonnement du ventre ne me permet pas d'obtenir de la palpation un résultat quelconque. Je passe donc au toucher, qui constituait, dans le cas particulier, un mode d'exploration de la plus grande importance. La malade, en effet, est restée, malgré son âge, exposée à de petits écoulements sanguins vaginaux, et actuellement encore il existe un suintement de ce genre. C'était là un accident dont il fallait tenir très sérieusement compte, car il pouvait faire craindre l'existence d'un cancer de l'utérus ou du vagin, surtout si nous le rapprochions de l'altération survenue dans la santé générale depuis quelques mois; cependant le cancer utérin ou vaginal, même quand il se propage aux organes voisins, ne donne lieu que bien tardivement à des phénomènes d'obstruction intestinale. Mais les accidents inflammatoires survenus à la suite de la première et surtout de la troisième couche pouvaient avoir provoqué la formation d'adhérences, de brides péri-utérines. Or, si l'exploration digitale restait négative au point de vue de l'hypothèse de cancer utérin, elle nous révélait, en revanche, l'existence d'une métrite parenchymateuse, caractérisée par une notable augmentation de volume de l'utérus, et accompagnée d'une rétroflexion assez prononcée. Cette variété de déviation utérine peut bien donner lieu à de la gêne de la défécation, et souvent les malades qui en sont atteintes sont constipées simplement parce qu'elles résistent autant qu'elles peuvent au besoin d'aller à la selle, afin d'éviter la douleur; mais elle ne donne pas lieu à une obstruction véritable. D'ailleurs, par le toucher rectal, on contourne aisément le globe utérin infléchi en arrière. J'ajouterai enfin que les petits écoulements sanguins que je vous ai signalés tout à l'heure vont très bien avec l'idée de métrite parenchymateuse d'ancienne date. Donc, pas de cancer utérin, pas d'oblitération du rectum par l'utérus dévié, et, par conséquent, nécessité de chercher d'un autre côté la cause de l'obstruction intestinale.

Toutefois, cette exploration de l'utérus par le toucher rectal n'était qu'une investigation préliminaire, et je devais compléter cette partie de mon examen en recherchant s'il n'existait pas, dans les portions du rectum accessibles au doigt, quelque rétrécissement constituant l'obstacle dont je m'efforçais de découvrir le siège. C'est ce que je fis sans désemparer; mais je ne rencontrai rien d'anormal. Tout au bout de mon doigt, dans l'ampoule rectale, je sentis quelques matières fécales; étaient-elles là depuis plus ou moins longtemps, ou bien y étaient-elles arrivées tout récemment? c'est ce qu'il m'était impossible de savoir. A cela près, aussi loin que mon index pouvait atteindre, je trouvai le rectum absolument sain et libre.

Où donc siégeait l'obstacle? Deux procédés d'exploration restaient encore à ma disposition, qui allaient peut-être me donner à cet égard des notions précieuses : c'étaient la palpation et la percussion. Le ventre était, comme je vous l'ai dit, ballonné, mais non douloureux au palper, et, en somme, facile à examiner. Les anses

(1) Leçon du 7 février 1881.

intestinales étaient modérément distendues, et, fait important au point de vue du diagnostic du siège de l'obstruction, elles étaient toutes également distendues. L'abdomen était sonore partout, avec quelques variations dans le timbre du bruit obtenu, suivant la région percutée ; à droite, dans la région du cœcum, la percussion donnait un peu de bruit hydro-aérique ; dans la région hypogastrique et vers le côté gauche, points correspondants à l'S iliaque, elle fournissait au contraire un son légèrement mat. Il me fut possible, en percutant très attentivement, de limiter nettement le cœcum, le colon transverse et le colon descendant ; la limitation du colon ascendant resta un peu vague.

J'avais trouvé l'anus et le rectum indemnes; je trouvais maintenant les colons remplis de gaz ; donc le champ de mon observation se restreignait singulièrement. Pour être bien sûr de mon fait, je répétai cet examen de l'abdomen à plusieurs reprises, et toujours avec les mêmes résultats. J'avais en outre, — est-il besoin de vous le dire ? — pris le soin de bien limiter le foie, la rate, etc., sans rencontrer du côté de ces divers organes aucune particularité qui fût de nature à me préoccuper.

En résumé, j'étais en face d'accidents d'obstruction intestinale à marche lente, datant de quinze jours, et je ne trouvais d'obstacle ni en bas, du côté du rectum, ni au-dessus du coude de l'S iliaque; j'étais donc amené ainsi à localiser cette obstruction au niveau de l'S iliaque. Mais ce n'était là qu'un diagnostic par déduction, et je voulus, s'il était possible, aller plus loin. Concentrant donc toute mon attention sur la région suspecte, je me livrai à une palpation très minutieuse, et il me sembla sentir un petit foyer d'induration sur le trajet de l'S iliaque, ce qui venait confirmer mes présomptions relatives au siège de l'obstacle.

Restait à déterminer la nature de cet obstacle. Heureusement, pour cette dernière partie du diagnostic, les phénomènes symptomatiques venaient à notre secours, et nous devions trouver dans leur analyse les éléments d'une conclusion positive.

La malade est sujette depuis 5 mois à des accès de constipation. Le dernier de ces accès, plus intense que les autres, dure depuis 15 jours. Il n'y a pas eu de retentissement péritonéal; il n'y a pas de douleur spontanée, et la malade ne souffre que quand on pratique une palpation un peu forte. Il s'agit donc là de phénomènes modérés et lents dans leur marche. Nous pouvons, dès lors, éliminer l'idée d'une invagination intestinale, en raison de l'âge de la malade, du siège de l'obstruction et de la lenteur de la marche des accidents, et celle d'une obstruction absolue par iléus, brides, etc., en raison tout à la fois de leur lenteur et de leur intensité modérée. Pour expliquer le cas, il nous faut quelque chose qui ne soit pas une cause d'obstruction absolue, et qui ait augmenté dans ces derniers temps. Or, depuis 7 mois, les forces ont décliné, l'appétit a diminué ; depuis 5 mois il y a des accès de constipation, et nous en observons actuellement un nouveau, plus fort et plus tenace que les précédents ; nous constatons en même temps que l'intestin est perméable dans presque toute son étendue, nous trouvons l'ampoule rectale vide, et nous croyons sentir une induration sur le trajet de l'S iliaque. Dans ces conditions, quoi de plus satisfaisant pour la raison que d'admettre que l'obstruction siège au niveau de l'S iliaque, et qu'elle reconnait pour cause un cancer de cette portion du gros intestin, que nous savons précisément être un siège de prédilection pour le cancer intestinal ? Telle fut donc la conclusion diagnostique à laquelle je m'arrêtai, telle était aussi la conclusion à laquelle était judicieusement arrivé de son côté le médecin traitant, et je suis convaincu que nous avons posé tous deux le diagnostic exact.

Maintenant, que faire ? Tous les moyens médicaux avaient été épuisés sans succès. Fallait-il intervenir de suite par une opération ? Je ne le pensais pas. Si j'avais eu un cas semblable dans mon service d'hôpital, je n'aurais certes pas opéré immédiatement : il n'existait pas là une indication pressante comme quand il s'agit d'une hernie étranglée ou d'un étranglement interne par bride, et, tout en pensant que bientôt une intervention chirurgicale deviendrait urgente, tout en me tenant prêt à cette intervention, j'aurais attendu encore avant de m'y décider.

Je dis donc à la famille qu'il y avait, en un point de l'intestin, un obstacle jusqu'à présent invincible et dont, selon toute probabilité, l'on ne parviendrait pas davantage à triompher par la suite à l'aide des seules ressources de la thérapeutique médicale ; qu'en conséquence, si l'idée d'une intervention chirurgicale ne se présentait pas actuellement à notre esprit avec le caractère d'urgence, il n'en était pas moins très probable qu'il faudrait se résoudre ultérieurement, et sans doute à assez bref délai, à un acte opératoire sérieux, ayant pour but de rétablir le cours des matières. Je n'étais d'ailleurs ni outillé, ni aidé de façon à pouvoir agir séance tenante. Et puis enfin, je n'avais été appelé que pour donner mon avis préalable sur l'opportunité ou la non-opportunité d'une opération.

Mais, en attendant, allions-nous donc rester inactifs ? Evidemment non. Et, alors, à quels moyens d'action nous adresserions-nous ? En réfléchissant à cette question, je pensai qu'entre le traitement médical, jusqu'ici employé sans succès, et l'intervention sanglante, qui ne me semblait pas encore suffisamment indiquée, il y avait place pour une tentative opératoire de moindre importance. La ponction de l'intestin dilaté n'avait pas été essayée ; elle pouvait procurer du soulagement, et, qui sait ? amener peut-être une détente à la suite de laquelle les contractions intestinales parviendraient enfin à forcer l'obstacle ; en tout cas, pratiquée à l'aide d'un trocart fin, avec toutes les précautions requises, elle était à peu près sûrement inoffensive. Je fis donc une première ponction exploratrice au niveau du cœcum, par laquelle j'obtins seulement quelques gaz et un peu de matières liquides; puis une seconde vers la partie supérieure du côlon descendant, qui donna issue, d'abord à une assez notable quantité de gaz, que j'évalue à un demi-litre, et ensuite à quelques matières fécales également liquides. Comme je l'avais espéré, la malade éprouva un notable soulagement à la suite de cette double évacuation.

En somme, la petite opération palliative que j'avais voulu tenter m'avait donné un bon résultat. L'expulsion de gaz par l'anus dans la nuit qui avait précédé ma visite, la présence de quelques matières dures dans le rectum, la lente évolution du mal, l'absence d'accidents pressants, et enfin le soulagement procuré à la malade par la ponction intestinale, tout cela me conduisait à temporiser ; mais je persistais néanmoins à penser qu'il faudrait en arriver à une intervention opératoire sérieuse, laparotomie ou anus contre nature, et j'étais d'avis qu'il y aurait avantage à ne pas attendre trop longtemps avant de s'y résoudre.

Il ne faut pas, en effet, Messieurs, se laisser aller à trop retarder l'intervention chirurgicale dans les cas

d'obstruction intestinale : c'est là une faute que l'on commet souvent, que j'ai commise moi-même, et qui vous conduit à opérer à un moment où il ne reste plus que de faibles chances de succès. Dans une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1880, à l'occasion d'une observation d'entérotomie pour occlusion intestinale, communiquée par M. Nicaise, je citais deux faits qui me sont personnels, et dans lesquels j'ai eu à regretter d'avoir opéré trop tard.

Dans l'un de ces faits, il s'agissait d'un homme de 35 ans, présentant des symptômes d'obstruction intestinale, auprès duquel je fus appelé en consultation par le Dr Currie. Ce malade avait eu antérieurement une crise de constipation rebelle, avec douleurs vives et vomissements, à laquelle une débâcle avait assez promptement mis fin. Cette fois, il avait été repris, six jours avant ma visite, d'accidents analogues, dans le détail desquels il serait trop long d'entrer ici. Je me bornerai à vous dire qu'après un interrogatoire et un examen minutieux, je pensai que la cause des accidents devait être un rétrécissement organique de l'intestin Toutefois, comme il n'y avait pas nécessité d'agir immédiatement, je voulus que mon diagnostic fût contrôlé, et je demandai ce contrôle à mon ami, M. le Professeur Potain. Il ne partagea pas ma manière de voir relativement à l'hypothèse d'un néoplasme; il songeait plutôt à une invagination. Nous avions tous deux de bonnes raisons pour étayer notre opinion, ce qui n'empêche pas que nous étions tous les deux dans l'erreur, comme vous l'allez voir dans un instant. Nous restâmes donc dans le doute sur le diagnostic de la cause de l'obstruction, mais nous tombâmes d'accord pour décider de recourir à la laparotomie, si nous n'arrivions pas à triompher des accidents par l'emploi des injections forcées et de l'électricité. Ces tentatives, faites le jour même et renouvelées le lendemain, n'ayant donné aucun résultat, je fis la laparotomie. La cause de l'obstruction n'était ni un cancer de l'intestin, ni une invagination, mais bien un étranglement de l'S iliaque dans un orifice anormal du mésentère, orifice probablement congénital. L'anse étranglée fut aisément dégagée. Il n'y avait pas d'épanchement péritonéal, ni de fausses membranes; mais le péritoine était déjà quelque peu congestionné. Les suites de l'opération furent aussi satisfaisantes que possible pendant les vingt-quatre premières heures; malheureusement, dès le lendemain, une péritonite se déclarait, qui emporta notre malade au matin du troisième jour, moins de quarante-huit heures après la laparotomie. Je me suis alors reproché de m'être laissé entraîner à différer l'intervention ; si j'avais agi plus tôt, j'aurais trouvé un péritoine sain, et j'aurais pu sauver mon opéré.

Mon second fait malheureux du même genre m'a été fourni par un jeune homme qui fut amené dans mon service, à la Charité, avec tous les symptômes d'un étranglement interne à marche rapide. Lorsque je l'opérai, le lendemain même de son entrée, il était déjà en pleine péritonite ; il ne tarda pas à succomber. Cette fois encore, mon intervention avait été trop tardive.

Assurément, Messieurs, il est extrêmement difficile d'apprécier jusqu'à quelles limites on peut temporiser impunément, et de saisir juste le moment où l'on doit renoncer aux moyens médicaux pour recourir à l'intervention chirurgicale. Les cas d'obstruction intestinale sont si différents par leurs causes, par leurs symptômes, par leur marche, leur diagnostic est si incertain, que l'hésitation du chirurgien, en pareille circonstance, est très compréhensible et très excusable. Je ne puis pas, car cette étude délicate m'entraînerait beaucoup trop loin, aborder aujourd'hui l'examen des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Ce que je veux seulement, c'est vous mettre en garde contre les dangers d'une trop longue temporisation. En pareil cas, ne vous acharnez pas à poursuivre le traitement médical, quand, après l'avoir convenablement et sérieusement essayé, vous n'en aurez pas obtenu de résultat : vous ne réussiriez qu'à fatiguer inutilement votre malade; au contraire, dès que l'impuissance de la thérapeutique médicale vous paraîtra bien démontrée, ne reculez pas devant la seule ressource qui reste à votre disposition : opérez ou faites opérer sans retard. Alors seulement vous aurez chance de voir l'intervention chirurgicale couronnée de succès, tandis qu'en ne vous décidant à opérer qu'*in extremis*, comme on le fait trop souvent, vous marcherez presque sûrement à un désastre à courte échéance.

Revenons maintenant à notre cas particulier. Une opération me paraissait être la seule solution possible, la seule planche de salut ; mais quelle serait cette opération ? Était-ce à la laparotomie que je devrais recourir ? ou bien ne serait-il pas préférable de faire un anus contre nature ?

La laparotomie est l'opération des étranglements subits et à marche rapide. Dans ces cas, on sait que les accidents pressants d'obstruction auxquels on a à remédier sont presque toujours le fait d'une disposition anormale de l'intestin de date toute récente : étranglement sous une bride péritonéale, dans un orifice normal ou anormal à l'intérieur de l'abdomen, torsion d'une anse intestinale, etc. Or, on est fondé à admettre qu'un obstacle de ce genre peut, en général, être levé par des manœuvres directes. Il est, dès lors, tout à fait logique, d'aller, par la laparotomie, le reconnaître d'une manière précise et l'attaquer directement.

Il n'en va plus de même dans les obstructions à marche lente, comme celle qui nous occupe actuellement. Si, dans les étranglements internes à début brusque et à marche rapide on peut arriver, par voie d'éliminations à circonscrire les probabilités diagnostiques à quelques variétés de causes d'occlusion entre lesquelles on reste ensuite forcément indécis; dans les obstructions à marche lente, l'incertitude du diagnostic est bien plus grande encore. Alors, en effet, il n'y a pas une seule cause d'obstruction intestinale qui ne puisse être incriminée, et, malgré l'examen le plus attentif, malgré l'étude la plus minutieuse des antécédents et des symptômes actuels, on est bien souvent réduit à n'avoir que des présomptions sur la nature de l'obstacle, sur son étendue, sur son siège, sur ses connexions avec les organes voisins, et même, comme chez notre malade, sur le degré d'occlusion de l'intestin au niveau de cet obstacle. Tentée dans de semblables conditions, la laparotomie vous permettrait, sans doute, et encore pas toujours, de préciser le diagnostic ; mais, sachez-le bien, il y aurait beaucoup de chances pour que là se bornât le bénéfice que vous en pourriez tirer, et pour que, l'obstacle une fois reconnu, vous ayez la désagréable surprise de constater qu'il est impossible de le lever. Rétrécissement cancéreux annulaire, tumeur cancéreuse englobant l'anse obstruée et les anses voisines, amas d'anses intestinales étroitement soudées par des adhérences solides, invagination irréductible, etc., voilà sur quoi l'on est exposé à tomber après avoir ouvert le ventre dans ces cas. On est alors réduit, pour terminer son opération, ou bien à faire, si la chose est possible, une

résection intestinale suivie d'entérorrhaphie, ou bien, dans le cas contraire, à établir un anus contre nature sur la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle qu'on n'a pu supprimer. Mais, d'une part, si satisfaisante que soit théoriquement l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie en tant que moyen de traitement radical, si brillants que soient les succès qu'elle a donnés dans quelques circonstances, elle n'en reste pas moins, en pratique, une opération bien plus difficile dans son exécution et bien plus aléatoire dans ses suites que la création pure et simple d'un anus contre nature; et, d'autre part, une laparotomie et des recherches à l'intérieur de l'abdomen, précédant l'établissement d'un anus anormal, constituent, il est superflu de vous le faire remarquer, des préliminaires peu favorables à la guérison.

On peut même rencontrer des dispositions telles, qu'il n'y ait possibilité, ni de lever l'obstacle, ni d'utiliser l'incision de la laparotomie pour la création d'un anus contre nature. C'est ce qui eut lieu chez un malade que M. Berger a opéré avec M. Gosselin à la Charité, il y a quelques années. J'avais vu ce malade, soupçonné un cancer de l'S iliaque, et conseillé de recourir à la colotomie lombaire. MM. Gosselin, Berger, Périer et Déjerine, sans rejeter absolument l'hypothèse du cancer, furent d'avis qu'il s'agissait plus probablement d'un étranglement par bride, et, dans ces conditions, la laparotomie leur parut devoir être préférée à l'entérotomie d'emblée. L'abdomen ayant été incisé sur la ligne médiane, M. Berger, après une recherche difficile, reconnut l'existence d'un cancer annulaire de l'S iliaque, disposé de telle sorte qu'il n'était pas possible d'amener le bout supérieur au voisinage de la plaie pour l'y suturer. Il dut alors inciser de nouveau la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope gauche, pour faire l'anus contre nature à ce niveau, et réunir ensuite simplement l'incision médiane primitive.

En résumé, Messieurs, l'incertitude où l'on reste presque toujours, dans ces cas d'obstruction lente, relativement à ce que l'on peut rencontrer après avoir ouvert le ventre, doit rendre le chirurgien très réservé à l'égard de la laparotomie. Il est, à mon sens, plus prudent de ne pas s'exposer aux éventualités que je viens de vous signaler, et de choisir l'opération la plus sûre et la moins périlleuse, sinon la plus brillante, c'est-à-dire la création d'emblée d'un anus contre nature au-dessus de l'obstacle, le plus bas possible, soit par la voie inguinale, soit par la voie lombaire, suivant les cas.

C'est, par conséquent, à l'opération de l'anus contre nature que je projetais de recourir, si ma malade et son entourage se décidaient ultérieurement à accepter une intervention chirurgicale. En raison du siège de l'obstacle, la portion d'intestin qui devait être ouverte était nécessairement le côlon descendant, et vous savez d'ailleurs qu'encouragé par les résultats de mes opérations antérieures, je fais la colotomie lombaire de préférence à la colotomie inguinale. J'exposai donc à la famille la nécessité qu'il y avait de créer, sans trop tarder, une voie de dérivation aux matières intestinales, j'expliquai sommairement comment cela pouvait être réalisé, et je me retirai. Il avait été convenu qu'on m'avertirait si l'on consentait à l'opération : j'ai reçu ce matin même une lettre qui m'apprend qu'on ne veut pas s'y résoudre. C'était la seule chance de salut ; on la repousse : la malade mourra.

Ces cas, Messieurs, sont hautement instructifs. Leur appréciation, sans doute, est hérissée de difficultés : cependant, avec beaucoup de soin et d'attention dans l'examen et dans l'étude des symptômes, on arrive, en général, à établir un diagnostic suffisamment précis. De là, on tire les indications opératoires, et l'on fait son choix entre la laparotomie et l'anus contre nature, en se basant sur le bon sens et sur les données de l'expérience antérieure.

Ici, on ne tentera rien; la malade succombera sous peu. Ces refus d'opération, Messieurs, sont assez fréquents. Lorsque nous proposons, comme unique moyen de traitement, la création d'une infirmité aussi répugnante qu'un anus contre nature, le malade et ses parents ne saisissent pas bien l'utilité qu'il peut y avoir à cela, et ils ne veulent pas s'y résigner. Que le malade refuse lui-même, je le comprends ; ce que je comprends moins, c'est le refus de l'entourage, refus formulé les larmes aux yeux, et qui pourtant est un arrêt de mort, étrange erreur de l'affection, contre laquelle viennent échouer tous nos raisonnements. Et puis, il faut bien le dire, en pareil cas, nous manquons d'éloquence et de persuasion; mais, en vérité, il ne nous est guère possible de nous montrer éloquents et persuasifs, quand nous n'avons à offrir, au prix d'une opération sérieuse et d'une infirmité des plus désagréables, qu'une survie que nous ne pouvons garantir longue.

Note complémentaire. — La malade est morte le 14 février. Le médecin traitant a eu la complaisance de m'adresser la relation détaillée de ce qui s'est passé depuis notre consultation jusqu'à la terminaison fatale: voici, d'après ses renseignements, la fin de cette intéressante observation :

La journée du 5 février se passe assez bien, à part quelques coliques accompagnées de borborygmes.

Le 6, même état ; les vomissements ne reparaissent pas. Le soir, le médecin administra lui-même à la malade à l'aide de la sonde œsophagienne, un lavement d'eau de Seltz. La sonde bute tout d'abord contre un obstacle à 5 centimètres environ de l'anus ; en la guidant avec l'index introduit dans le rectum, on lui fait franchir cet obstacle, qui n'est autre que la saillie de l'utérus rétroversé, et elle peut alors être poussée jusqu'à une profondeur de 20 centimètres à peu près. La majeure partie du liquide du lavement est rejetée et entraîne quelques matières ; à une ou deux reprises, au cours de l'ingestion, il se produisit un bruit qui sembla au médecin être en rapport avec le passage de gaz à travers la partie rétrécie. Sensation de plénitude du ventre après cette opération.

Le 7, état général toujours mauvais; émission de quelques gaz par l'anus. On laisse la malade tranquille.

Le 8, les émissions gazeuses par l'anus continuent. La malade rend quelques matières grumeleuses avec les lavements ordinaires, auxquels elle a recours tous les jours.

Le 9, la malade expulse encore des gaz en abondance, et le ventre devient plus souple. Le soir, grand lavement purgatif avec séné, sulfate de soude et miel de mercuriale, administré avec la sonde œsophagienne. L'introduction de la sonde présente tout d'abord les mêmes difficultés que précédemment; puis, à un certain moment, le médecin éprouve la sensation d'une résistance vaincue, et l'instrument pénètre alors presque de toute sa longueur. Le lavement d'un litre est pris tout entier et gardé. Quelques instants plus tard, la malade en rend une partie avec des matières grumeleuses. Une autre évacuation survient ultérieurement, qui se com-

pose de matières liquides et d'une ou deux petites masses de matières solides, bosselées, du volume de l'index.

Le 10, le ventre est souple, élastique ; persistance de la sonorité tympanique partout, excepté dans la région iliaque gauche, où l'on constate une légère submatité dans une étendue de 10 centimètres carrés environ. Même état général. Un peu de toux.

Le 11, les selles sont de nouveau supprimées, ainsi que les gaz, et le ventre recommence à se ballonner. La toux continue ; l'auscultation révèle l'existence de nombreux râles muqueux dans toute la partie postérieure des poumons. On a donné, en l'absence du médecin, et à l'aide de la sonde œsophagienne, un lavement qui n'a amené que peu de résultats.

Le 12, même état; oppression.

Le 13, aggravation de l'état général ; oppression plus marquée. Œdème considérable du membre inférieur gauche, absolument indolent, avec tension et teinte rosée de la peau, sur laquelle se dessinent de nombreux ramuscules veineux superficiels ; cet œdème a commencé il y a quelques jours déjà. Du côté du membre inférieur droit, œdème très léger.

La malade s'éteint sans souffrance le 14 au matin.

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. LEGRAND DU SAULLE.**

Coxalgie hystérique, suite de traumatisme ;

Par M. E. HUET, interne des hôpitaux (*fin*)

L'observation que nous avons relatée en détail précédemment (1) nous paraît intéressante à plusieurs titres, et nous pouvons réunir sous trois groupes principaux les considérations auxquelles elle donne lieu : 1° Disons tout d'abord que nous sommes complètement fixés aujourd'hui sur la nature de la névrose de Berg... Cette malade, sans nous arrêter à son caractère, à son habitude extérieure, présente des stigmates permanents de l'hystérie: elle a une hémianesthésie complète du côté droit, avec rétrécissement du champ visuel et dyschromatopsie du même côté. Faisons remarquer, en passant, la façon dont s'est manifestée l'hémianesthésie, se développant peu à peu, progressivement, quelque temps après le début de la coxalgie, n'atteignant tout d'abord que le pied et la jambe, s'étendant le lendemain à la cuisse et occupant tout le membre inférieur, atteignant le membre supérieur le jour suivant, enfin s'étendant à la face et à la tête le quatrième jour, en un mot étant devenue complète du côté droit. Si Berg... n'a pas de points hystériques, à proprement parler, elle présente actuellement un point douloureux au niveau de la région ovarienne gauche ; de plus, elle a souvent du tympanisme abdominal.

Les hémoptysies qu'elle a présentées à diverses reprises peuvent être aussi imputées à la névrose, car, nous l'avons vu, elle n'a aucune lésion pulmonaire, aucune lésion cardiaque, et ces crachements de sang se montraient habituellement à l'époque des règles. L'ischurie, qui s'est montrée plusieurs fois aussi dans ces derniers temps, rentre encore dans l'ordre des accidents hystériques (2), et vient confirmer le diagnostic.

Quant aux attaques, elles simulent au premier abord les attaques d'épilepsie, mais nous y trouvons cependant quelques caractères différentiels ; c'est ainsi qu'il existe une aura se rapprochant de la boule hystérique : Berg... est souvent prévenue de ses attaques par des palpitations avec sensation de serrement à la gorge ; assez souvent aussi, elle ressent des battements dans les tempes, des sifflements dans les oreilles. Les morsures de la langue sont rares et légères, et leur existence même ne nous est pas prouvée : jamais nous ne les avons constatées après les attaques, nous n'avons pas trouvé non plus de cicatrices de morsures antérieures. Jamais il n'y a de mictions involontaires, pendant les attaques, ni durant la nuit. La connaissance revient rapidement après les attaques, il n'y a pas de somnolence consécutive. Nous ajouterons que la température ne s'élève pas, même après une série assez nombreuse d'attaques (21 janvier 86). Berg..., en plus de ses attaques, a aussi des vertiges qui rapprochent encore plus sa névrose de l'épilepsie, mais nous savons que ces vertiges se rencontrent aussi dans l'hystérie et que si celle-ci simule parfois le grand mal épileptique, elle simule aussi le petit mal (1), ce que nous avons eu, d'ailleurs, l'occasion de vérifier chez plusieurs autres malades.

2° Au début de la coxalgie de Berg..., il n'existait pas de stigmates hystériques, il n'y avait pas d'anesthésie, pas de points douloureux, le rétrécissement du champ visuel, s'il existait, n'avait pas encore été constaté, la nature même des attaques restait douteuse, étant données leur forme épileptoïde et la présence de vertiges, et nous nous demandions encore alors si nous avions affaire à une hystérique ou à une épileptique. Dans ces conditions, ou actuellement encore, en supposant que nous ne tenions pas compte des autres phénomènes hystériques, indiscutables maintenant chez notre malade, existe-t-il dans la façon dont se présente la coxalgie, dans les symptômes que nous avons rapportés, des caractères qui nous permettent de dire que nous avons devant nous une affection hystérique plutôt qu'une affection organique ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

Nous n'insisterons pas, pour le moment, sur le mode de développement de la coxalgie. Le traumatisme, il est vrai, la contusion de la hanche, auraient pu être le point de départ d'une affection organique de la jointure. Nous nous rappelons aussi que la mère de la malade était rhumatisante, que Berg... elle-même, sans avoir eu de rhumatisme articulaire aigu, a eu à plusieurs reprises des douleurs rhumatoïdes (2) dans diverses articulations, pas dans les hanches cependant. Mais, d'autre part, la rapidité avec laquelle a apparu l'affection après le traumatisme, l'intensité des symptômes qui, dès les premiers jours, étaient au moins aussi prononcés qu'ils le sont aujourd'hui, nous portent déjà à écarter l'idée d'une affection organique pour admettre plutôt la seconde hypothèse, dans laquelle nous nous sommes placé, celle d'une affection spasmodique.

Si nous examinons maintenant l'attitude du membre malade et la façon dont se présente le raccourcissement, nous y trouverons encore d'autres caractères en faveur de cette seconde hypothèse. Le membre inférieur droit présente, en effet, comme dans la coxalgie organique, un raccourcissement apparent; mais, de plus, il est dans la rectitude, pas de flexion, pas d'abduction ni d'adduction, pas de rotation ni en dehors ni en dedans, tous caractères qui s'éloignent de ceux de la coxalgie par lésion articulaire. Dans celle-ci, en effet, ces déviations se montrent communément, et en particulier lorsqu'il existe un raccourcissement apparent, l'attitude du membre est habituellement la suivante : demi-flexion, adduction et rotation en dedans. Dans la marche, ou encore lorsque le malade est au lit et que l'on essaie de redresser la jambe, le membre peut se

(1) Voir *Prog. méd.* n° 17, 1886.

(2) Voir : Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 9e leçon, p. 275.

(1) Voir : P. Richer. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie*, p. 293. — G. Ballet et Crespin. *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle.* (*Archives de Neurologie*, nos 23 et 24, 1884). — Bourneville et Regnard. *Iconographie photographique de la Salpêtrière* (1876-1880). — Legrand du Saulle. Communications à la *Société médico-psychologique*, 29 octobre 1883, 23 février 1885.

(2) Ces douleurs rhumatismales sont assez fréquentes dans l'hystérie et il y a peut-être lieu de les rapprocher du rhumatisme de la chorée. Notre ami, M. Souza-Leite, fait actuellement sur ce sujet un travail qui paraîtra prochainement dans les *Archives de Neurologie*.

rapprocher de la rectitude, mais alors les déviations augmentent par compensation du côté du bassin et de la colonne vertébrale et il se produit une cambrure ou une ensellure souvent très prononcée, ce qui, nous l'avons constaté, n'existe pas chez Berg...

Le raccourcissement nous présente lui même aussi quelques caractères : nous voulons parler de la façon dont il est influencé par une émotion, de l'augmentation brusque qu'il présente dans ce cas, en même temps que l'on peut suivre l'augmentation de la contracture des muscles. Nous ne croyons pas que dans la coxalgie organique les émotions aient une influence aussi grande sur le raccourcissement.

Du côté de l'immobilite dans laquelle la jointure est placée spontanément, nous trouvons à relever les faits suivants : Dès les premiers jours, les mouvements de flexion et d'extension étaient assez étendus ; ceux d'adduction, mais principalement ceux d'abduction l'étaient beaucoup moins. Actuellement c'est encore le mouvement d'abduction qui est le plus restreint, il se fait cependant dans des proportions assez considérables et le bassin ne se trouve entraîné tout d'une pièce que lorsque la cuisse est déjà dans une abduction assez prononcée.

Dans un cas de coxalgie organique, avec un raccourcissement aussi prononcé que chez Berg..., les mouvements seraient, pensons-nous, moins étendus, et l'immobilité plus accentuée.

Les douleurs elles-mêmes nous présentent-elles quelques particularités à signaler? Comme dans la coxalgie organique, la percussion sur le grand trochanter, sur le genou, sur le talon, détermine de la douleur du côté de la hanche, mais nous savons que cette hypéresthésie de la jointure se rencontre dans le cas de coxalgie hystérique. Nous signalerons, en passant, que chez Berg... on ne rencontre pas le signe de Brodie, c'est-à-dire l'hypéresthésie de la peau au niveau de l'articulation douloureuse, alors que plus haut et plus bas il y a souvent anesthésie. Chez Berg..., l'anesthésie est complète et s'étend à tout le membre, comme d'ailleurs à tout le côté droit. Nous devions faire remarquer l'absence de ce signe que l'on rencontre souvent dans les cas de coxalgie hystérique ; mais nous croyons que dans ce cas, son absence, étant donnés les autres caractères positifs, ne suffit pas pour faire rejeter l'idée de coxalgie hystérique.

La douleur du genou s'est rencontrée chez Berg..., mais elle n'a été que transitoire et elle siégeait dans le creux poplité, ce qui n'est pas le siège habituel de la douleur du genou dans la coxalgie par lésion articulaire. Quant aux autres douleurs spontanées, que l'on trouve autour de la hanche, sans nous arrêter aux douleurs qui siègent au niveau du grand trochanter, dans le pli de l'aîne et dans la fosse iliaque externe, nous devons faire remarquer, tout en n'y attachant pas une importance trop grande, que, actuellement, la douleur siège surtout au niveau de la crête iliaque à sa partie moyenne, ce qui ne se présente pas habituellement dans la coxalgie organique.

Nous n'avons pas parlé de la déformation de la fesse et des plis fessiers, qui parait due à l'attitude du membre et au raccourcissement et qui se rencontre aussi bien dans la coxalgie par lésion articulaire que dans la coxalgie spasmodique. Mais nous devons dire deux mots de la façon dont se fait la marche : Berg... appuie seulement sur la pointe du pied ou sur l'avant-pied ; elle traîne la jambe derrière elle, mais ne la rejette pas de côté : la colonne vertébrale ne se creuse pas en arrière ; il n'y a pas de cambrure ; il n'en est pas habituellement de même dans la coxalgie organique : les malades immobilisant l'articulation de la hanche marchent en déjetant la jambe en dehors, en fauchant, suivant l'expression ordinaire ; en même temps pour corriger les autres déviations du membre il se produit une cambrure considérable dans la région lombaire de la colonne vertébrale.

De toutes les considérations qui précèdent, nous pouvons donc conclure que Berg... est atteinte d'une coxalgie hystérique et non d'une coxalgie organique. Nous pensons même être autorisé à aller plus loin et à dire que cette affection spasmodique est libre de toute complication inflammatoire du côté de l'articulation. Pour cela nous nous basons sur l'absence des signes de la coxalgie par lésion articulaire que nous venons de discuter, sur les mouvements assez étendus qui se passent dans l'articulation de la hanche chez Berg..., enfin sur la marche de l'affection qui est restée aujourd'hui à peu près ce qu'elle était au premier jour.

3° Il ne nous reste plus qu'à rechercher maintenant comment s'est développée cette coxalgie. Elle est survenue, avons-nous vu, à la suite d'une attaque et d'un traumatisme et nous pouvons nous demander quel a été le rôle de ces deux facteurs. Nous pensons que l'attaque n'a eu qu'un rôle effacé et bien secondaire et qu'elle a agi avant tout par le traumatisme auquel elle a donné lieu. Celui-ci était assez considérable, il a laissé des traces pendant plusieurs jours et ces traces ont contribué à entretenir une véritable suggestion, *suggestion traumatique*, ainsi que l'a appelée M. Charcot, qui en a bien déterminé la valeur en produisant chez des sujets hypnotisés, non seulement des paralysies hystériques, mais encore des coxalgies spasmodiques analogues à celle que nous avons rapportée. Dans le cas de notre malade, la large ecchymose qui existait autour de la hanche, les douleurs causées par la contusion ont été le point de départ de cette suggestion, à la suite de laquelle se sont établies ces contractures qui persistent encore aujourd'hui, après huit mois de date, et qui disparaîtront nous ne pouvons prévoir quand, à moins qu'elles ne cèdent d'un jour à l'autre sous l'influence d'une autre suggestion qui viendrait détruire chez la malade l'idée, qu'elle s'est faite, d'avoir une affection grave de la hanche, idée entretenue d'ailleurs par les douleurs qui accompagnent les contractures et par l'hyperesthésie profonde de l'articulation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Association générale des médecins de France.

La vingt-septième Assemblée générale des membres de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a eu lieu dimanche et lundi, 2 et 3 mai, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. H. Roger, dont l'élection a eu lieu le 18 mars dernier, à la presque unanimité des votants.

Dans la première séance (dimanche), comme d'ordinaire, M. le Président, après avoir remercié ses cosociétaires de cette nouvelle marque d'estime, a prononcé une courte allocution pour souhaiter la bienvenue aux Délégués et Présidents des Sociétés locales.

Le trésorier, M. Brun, est venu ensuite exposer l'état des finances de l'Association générale, dont les revenus augmentent de jour en jour et dont la situation est de plus en plus prospère. Voici le bilan des différentes Caisses de l'Association à la fin de l'année 1885 ; capitaux de la caisse générale, 80.521 fr. 07 ; caisse des pensions viagères, 955.572 fr. 78 (augmentation de 64.318 fr. 34 sur l'exercice précédent) ; société centrale et sociétés locales, 919.604 fr. 28. Total, 1.963.600 fr. 13. — Les secours distribués sont ainsi répartis : La caisse des pensions viagères a servi en 1885 à 73 pensionnaires 35.800 fr. ; les sociétés locales ont accordé à 79 sociétaires 17.320 fr. ; elles ont réparti entre 133 veuves, fils ou filles de sociétaires 37.635 fr. ; elles ont donné à 19 personnes étrangères à l'association 2.556 fr. ; soit, en tout, 98.314 fr.

M. Foville, secrétaire général, a pris ensuite la parole ; après avoir adressé au Président les compliments d'usage, il a annoncé que l'Association a acquis 403

adhérents nouveaux, alors que la mort n'a enlevé que 216 sociétaires anciens (d'où, en résumé, une augmentation de 187 sociétaires), et fait part à ses auditeurs de l'adhésion d'une société locale, la société médicale de l'Ile de la Réunion, disparue il y a 15 ans, mais reconstituée depuis 1886.

Nous n'analyserons pas ici le discours de M. Foville et ne ferons qu'en signaler les points principaux. Il a insisté tout particulièrement sur les divers projets de loi qui intéressent la profession médicale et que le Parlement va bientôt discuter. Citons : la pétition pour obtenir le changement de l'article 2.101 du Code civil (soins médicaux donnés en cas de dernière maladie); projet de loi relatif aux sociétés de secours mutuels; question des syndicats médicaux. — M. Foville a bien indiqué les questions à étudier; il reste à l'association le soin de les résoudre.

Après la lecture du rapport du secrétaire général, M. Horteloup, chirurgien des hôpitaux, a donné le détail des secours accordés cette année : L'association a reçu dix demandes nouvelles de pensions. On a décidé de faire droit à ces demandes et de porter à 600 fr. toutes les pensions de retraite.

Cette première séance s'est terminée par deux rapports : l'un est du Dr Passant, sur la question de la déclaration des décès par le médecin traitant aux municipalités dans l'intérêt d'une bonne statistique. La commission, dont M. le Dr Passant est l'organe autorisé, propose une déclaration, sans le nom du décédé, envoyée directement par tous les médecins au conseil d'hygiène de l'arrondissement, qui dresserait sur ces documents une statistique d'une innocuité incontestable pour l'honneur des personnes et en même temps profitable à la science. L'autre rapport est de M. le Dr de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, sur la question de l'ordre des médecins. Le rapporteur redoute, au point de vue de la dignité médicale, cette institution, et à cette organisation officielle et obligatoire il préfère l'association libre à tous les degrés et sous toutes les formes de tous les membres de la profession.

Ces deux questions ont été discutées dans la seconde séance qui a eu lieu le lendemain lundi; mais au préalable, l'assemblée a voté une pétition au Parlement demandant l'extension aux syndicats de professions libérales des droits de la loi récente sur les syndicats professionnels. Après une courte discussion sur les conclusions du rapport lu à la première séance au sujet des déclarations des décès, et l'adoption de conclusions proposées, on a abordé la question de la création d'un Ordre des médecins et discuté le projet Surmay. L'assemblée, à une majorité peu importante, a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'adopter la création d'un ordre des médecins. Nous ne pouvons aujourd'hui exposer en détail les arguments invoqués de part et d'autre, mais nous reviendrons sur ce sujet dans un de nos prochains numéros.

Ces deux questions ont tenu toute la seconde séance, au cours de laquelle on a aussi procédé à l'élection des membres du Bureau; ces derniers ont tous été réélus. Enfin, les délégués des sociétés locales qui, la veille, s'étaient réunis à l'hôtel Continental en un banquet confraternel, ont fini leurs assises de 1886 par une réception cordiale chez le Dr Henri Roger, le président de l'Association générale.

L'Exposition d'hygiène urbaine.

L'exposition urbaine d'hygiène a été ouverte jeudi à la caserne Lobau. Dans peu de jours, l'installation sera complètement terminée et permettra d'apprécier les appareils, les méthodes et les perfectionnements réalisés depuis quelques années.

L'hygiène, considérée autrefois comme une science qu'un médecin avait à peine besoin d'apprendre, tant elle découlait naturellement des connaissances de la médecine générale, est devenue le premier souci des savants. Elle comprend dans son objet les études les plus délicates de la microbiologie et les perfectionnements les plus compliqués de la mécanique. Une visite rapide à l'exposition qui s'ouvre permet de mesurer d'un coup d'œil toute l'étendue de son domaine : depuis l'image du laboratoire de Pasteur jusqu'à la représentation des fourneaux et des immenses étuves à désinfection que les fabricants français s'ingénient à créer. Il y a dans cette exposition matière à études fructueuses, et que toute personne qui s'intéresse aux choses de la médecine ou qui prend souci de la santé publique, ne doit pas négliger. Citons rapidement les points les plus remarquables.

La cour centrale du rez-de-chaussée contient un grand nombre d'appareils qui poursuivent le même but et appartiennent à un ou plusieurs industriels. Ce sont des étuves à stérilisation d'objets contaminés par les malades, des engins de stérilisation pour les appartements, pour les navires, voire même pour les produits d'expectoration; divers systèmes appliqués au curage des égouts, des vidanges, etc.

Le premier étage renferme une exposition intéressante que l'on doit à l'Administration de l'Assistance publique, les plans des grands hôpitaux et hospices, les modèles de ventilation et d'assainissement, les crèches, la maternité, etc. — Plus loin, des échantillons de mobiliers scolaires. — A côté, le laboratoire de Pasteur avec la représentation des divers appareils inséparables des découvertes sur le choléra des poules, le rouget, le charbon, la rage, etc.; les tubes extrêmement ingénieux imaginés par le Dr Roux, pour l'isolement et l'épuration des cultures de microbes anaérobies, etc., etc.

La place Saint-Gervais, toute voisine de la caserne, présente une série de constructions curieuses, des maisons vastes et aérées, que cinq ouvriers peuvent élever en 22 heures; des pavillons du système Tollet ou Bauder.

Nous ne pouvons insister sur tous les appareils ou modèles qui offrent pour la plupart un vif intérêt, c'est une visite longue et minutieuse que l'exposition d'hygiène réclame. Nous y reviendrons. L'impression qui ressort de cette première et rapide visite, c'est qu'il s'agit là d'une exposition véritablement scientifique, d'où la main des faiseurs est absente, et qui fait le plus grand honneur à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.*

Hôpital de la Charité. — Ouverture du cours de M. Luys.

Le sujet de cette leçon a été un exposé rapide de la structure des circonvolutions cérébrales, dont les éléments constitutifs, cellules, fibres, vaisseaux, névroglie, ont été passés successivement en revue. Nous ne reproduirons pas ici les idées de M. Luys qui sont développées dans plusieurs de ses ouvrages. Disons cependant qu'il ne décrit dans la substance grise qu'une seule forme de cellules, les pyramidales; il ne parle pas non plus de leur prolongement dit de Deiters et admet la continuité des fibres avec les prolongements des angles à la base des cellules. De plus, il compte jusqu'à soixante couches superposées de ces cellules, divisées cependant en trois étages, de telle sorte qu'en somme, il en revient à la disposition décrite ordinairement. Au point de vue physiologique, le cerveau est, comme la moelle et par analogie de structure, un organe sensorio-moteur : la couche superficielle des petites cellules recueille les impressions sensitives et la couche profonde des grandes cellules préside aux incitations motrices. Nous n'avons pas à discuter ici ces théories qui sont connues et jugées depuis longtemps. Quelqu'ingénieuses qu'elles soient, elles sont, en somme, très problématiques. Mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que M. Luys les soutient avec une éloquence et une verve qui donnent à son cours un grand attrait. Quant à ses procédés de photographie appliquée aux recherches micrographiques, qu'il nous permette de lui dire qu'ils ne nous semblent pas assez clairs pour nous édifier encore sans conteste sur la *vérité vraie* ; les connexions des éléments nerveux entre eux nous ont paru des plus confuses et souvent il n'y a qu'une très petite partie de la carte qui soit au point. Dans la prochaine leçon, M. Luys étudiera les corps opto-striés, puis la substance blanche ; il abordera ensuite l'étude de la paralysie générale et des phénomènes de l'hypnotisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 *avril* 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

MM. Duguet et Héricourt adressent une note *sur la nature mycosique de la tuberculose et sur l'évolution bacillaire du Microsporon furfur, son champignon pathogène*. Les coupes des organes tuberculeux, traitées par des solutions de potasse, se montrent toujours infiltrées, au niveau et au voisinage des tubercules, de granulations fines, de grosses spores et de rameaux mycéliens plus ou moins fragmentés, semblables aux différentes formes du parasite mycosique, le *Microsporon furfur*, dont étaient couverts deux des malades qui ont servi de point de départ à ces recherches. La présence de ces éléments est bien plus constante que celles des bacilles tuberculeux : ils ne font défaut, dans aucune granulation tuberculeuse et ils foisonnent dans l'expectoration des phthisiques. Dans les crachats d'individus cliniquement tuberculeux, où l'on ne rencontre pas encore de bacilles, on trouve déjà des spores et du mycélium. Des cultures de microsporon furfur injectées à des cobayes et à des lapins ont rendu sans exception ces animaux tuberculeux : ces cultures ont les mêmes caractères que celles des tubercules humains bacillaires ou non bacillaires. L'observation y distingue deux parties : l'une, anaréobie, occupe le fond des tubes et est formée de spores et de mycélium; l'autre, aérobie, se développe à la surface et constitue un feutrage de bacilles ayant tous les caractères assignés aux bacilles tuberculeux. Ces derniers, tels qu'ils ont été décrits par M. Koch, ne seraient donc qu'une forme micro-organique correspondant à l'une des phases de l'évolution du *Microsporon furfur*, le champignon du pityriasis.

M. C. Debierre étudie *le crémaster et la migration testiculaire*. L'agent du mouvement de descente est le faisceau scrotal du crémaster: les agents du mouvement d'ascension sont les faisceaux latéraux ou périphériques de la poche crémasterienne, faisceaux musculaires franchement striés, qui s'attachent en dedans à l'aponévrose du muscle grand droit de l'abdomen, et qui en dehors sont une dépendance des muscles oblique interne et transverse du bas-ventre. M. Debierre, en utilisant les observations fournies par l'anatomie comparée, a pu déterminer exactement le rôle des différents organes dans la migration du testicule.

M. Ch. Decagny a reconnu, dans la cellule en formation, *la disparition des éléments chromatiques nucléaires et l'apparition progressive d'éléments chromatiques dans la zone équatoriale*.

M. Chauveau est élu membre de la section d'économie rurale, en remplacement de M. Bouley.

Séance du 26 *avril* 1886. — Présidence de M. Blanchard.

M. Aug. Charpentier continue ses recherches sur *la propagation de la sensation lumineuse aux zones rétiniennes non excitées*. Après une fixation de durée convenable, qu'on ôte l'objet lumineux du champ visuel et qu'on présente à l'œil une petite surface peu éclairée pouvant être facilement promenée dans la partie primitivement excitée et dans la partie qui ne l'a pas été : cette surface paraîtra plus sombre dans cette dernière que dans la partie qui a subi l'excitation objective.

M. Trêve donne une *explication physiologique des couleurs complémentaires*.

MM. Gayon et Dubourg étudient la *sécrétion anormale des matières azotées des levûres et des moisissures*.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er *mai* 1886.—Présidence de M. Bouchereau.

M. F. Franck revenant sur une précédente communication de M. Laffont, dit que les résultats énoncés par cet auteur ne lui paraissent pas prouvés. En effet, l'excitation des deux pneumogastriques donne toujours des résultats identiques et le cœur s'arrête toujours en diastole, ce qui est contraire aux faits nouveaux apportés par M. Laffont.

M. Beauregard dépose une note de M. Boulard sur la *poche laryngienne des singes*.

M. M. Duval dépose une note de M. Neumann (de Toulouse) sur *l'identité du favus des poules et du favus de l'homme*.

M. Œchsner de Coninck formule les résultats qu'il a obtenus par le procédé de dosage de l'oxyde de carbone employé par M. Gréhant. Il présente en outre le résultat de recherches entreprises avec M. Pinet sur *l'action physiologique de la pipéridine ordinaire* comparée à celle de la pipéridine de synthèse.

M. Ch. Féré, sous le titre : *Inhibition et épuisement*, rapporte une série d'expériences qui montrent que dans certaines paralysies par choc et dans le sommeil hypnotique, le premier phénomène est une décharge motrice et que, par conséquent, il ne s'agit pas là d'un phénomène d'arrêt, mais bien d'un phénomène d'épuisement.

Il s'engage à ce sujet une discussion à laquelle prennent part MM. F. Franck, Bloch et Brown-Séquard. Ce dernier soutient une opinion contraire à celle de M. Féré, disant que l'inhibition est un acte de force, dans lequel il est dépensé plus que pour un mouvement, et que les paralysies hystériques ne sont pas des paralysies par épuisement.

M. Dumontpallier dit que la même excitation qui fait la paralysie, fait également, chez le même sujet, la contracture.

M. d'Arsonval montre le dispositif de ses électrodes impolarisables. Il présente aussi un instrument qui peut ser-

vir à la fois d'excitateur, d'œsthésiomètre et porter une électrode impolarisable.

MM. Quinquaud et Gréhant disent qu'on admet généralement que l'acide carbonique du sang réside surtout dans le sérum et non dans les globules; leurs dernières recherches leur ont démontré que cette opinion était fausse. La dissociation de l'acide carbonique que le sérum contient en petite quantité, se fait difficilement; lorsqu'on ajoute des globules ou un acide, elle devient au contraire fort aisée, ce qui a fait admettre à Ludwig et à son école qu'il existait un acide du sang. L'hypothèse même d'un acide est inadmissible, car l'acide comme les globules jouent, dans ces phénomènes de dissociation, un rôle purement mécanique. En effet, en remplaçant l'acide ou les globules par de la poudre de lycopode ou de sesquioxyde de fer, on obtient identiquement les mêmes résultats.

M. M. Duval, au nom de la Commission nommée à l'effet de constater les lésions produites par M. Dupuy sur l'encéphale du chien qu'il avait montré à la Société, présente le cerveau de cet animal. Les deux gyrus sygmoïdes droit et gauche ont été atteints, et la substance grise complètement détruite à droite et presque entièrement à gauche.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mai. — Présidence de M. U. Trélat.

M. le Président annonce qu'une vacance est déclarée dans la section de pathologie interne.

M. de Vry, après de nombreuses analyses sur les différentes sortes de sulfate de quinine, est arrivé à ce résultat à savoir que, dans la plupart des cas, les malades à qui on ordonne le sulfate de quinine ne reçoivent qu'un mélange de sulfate de quinine et de cinchonine. La présence de cet alcaloïde est dû au procédé de fabrication prescrit par le codex, et n'est pas le fait d'une falsification. Pour éviter ce mélange, M. de Vry émet le vœu que les médecins, dans leurs ordonnances, prescrivent le sulfate neutre au lieu du sulfate basique; on peut aussi prescrire le chlorhydrate de quinine qui ne contient pas de cinchonine.

M. Dujardin-Beaumetz voudrait également voir prescrire le chlorhydrate, car le chiffre de quinine contenu dans celui-ci est de 80 0/0 au lieu de 74 0/0 que contient le sulfate; en outre, sa solubilité est plus grande.

M. Gautier est partisan du bromhydrate de quinine qui est mieux supporté par l'estomac.

M. Hardy fait remarquer que s'il est mieux supporté, en revanche il contient moins de quinine et par conséquent est moins actif: aussi préfère-t-il le chlorhydrate.

M. Pasteur offre à l'Académie une *note complémentaire sur les résultats de l'application de la méthode de prophylaxie de la rage après morsure*, note qu'il a déjà lue à l'Académie des sciences, le 12 avril. Il donne ensuite quelques détails sur les derniers faits soumis à son observation. Aujourd'hui, le nombre des individus traités par son procédé est de 950. Parmi ceux-ci un certain nombre l'ont été pour des morsures de loup qui portent avec elles un caractère de gravité spécial dû, comme M. Pasteur l'a déjà indiqué, au nombre considérable des blessures, et à leur siège qui a lieu surtout à la face. Sur les 950 personnes mordues et soignées, M. Pasteur a eu six morts, dont quatre après morsures de loup. Chez tous les autres, le résultat a été efficace. Cette statistique prépare une déception aux personnes hostiles et répond victorieusement aux objections que des malveillants ou des fanatiques d'idées hypothétiques n'ont cessé d'apporter depuis la découverte de cette méthode dont les résultats sont aujourd'hui trop assurés pour être sérieusement combattus.

M. Béchamp, répondant à M. Cornil, dit que celui-ci n'a apporté aucune preuve positive capable d'ébranler la doctrine des microzymas, mais qu'il s'est contenté de nier les recherches des auteurs qui ont appuyé de leurs travaux la doctrine des microzymas. Cette doctrine a précédé celle des microorganismes et les mots de coccus, de micrococcus n'ont été créés que pour désigner les mêmes objets. Du reste, la confirmation des faits avancés, dit-il, se trouve dans l'étude du pus sous les bandages ouatés, comme l'a constaté la Commission composée de M. Gosselin et chargée d'émettre son avis sur les pansements de M. Guérin.

M. A. Guérin proteste contre les décisions de cette Commission et explique qu'elle a basé son rapport sur un malade de son service qui n'était pas passé par lui, mais par une personne étrangère, le malade était dans un état de malpropreté remarquable et l'on avait emprisonné sous le pansement une foule d'impuretés. Ce cas n'aurait donc pas dû servir de base aux travaux de la Commission et il regrette que M. Gosselin ait cru devoir en tenir compte pour combattre la méthode ouatée.

M. Béchamp répond qu'il n'a pas attaqué le pansement de M. Guérin; il s'est contenté d'affirmer la présence des microzymas dans le pus et déclare que c'est la découverte du microzyma qui a amené celle du micrococcus. Il a fait voir que tous les faits annoncés par lui sont vrais et que s'ils ont été dénaturés, ils l'ont été en faveur de la doctrine microbienne qui les a détournés de leur véritable signification. En terminant, M. Béchamp fait remarquer qu'en niant le microzyma, c'est-à-dire l'organisme élémentaire automatiquement vivant, M. Cornil se proclame *protoplasmiste*. Ovide invoquait au moins quelque divinité pour opérer ses métamorphoses une à une. Or, en répudiant les microzymas, M. Cornil admet un merveilleux bien autrement incompréhensible que celui d'Ovide, puisque le protoplasma est supposé se métamorphoser de lui-même en toutes les espèces vivantes possibles, non seulement dans les espèces communes que l'on voit, mais dans ces germes invisibles de microbes pathogènes qui, d'après le système microbien, sont destinés à faire périr celles-là; comme Saturne dévorant ses enfants, le protoplasma, plus fort que le père de Jupiter, détruirait ce qu'il a produit en se détruisant lui-même.

M. Pasteur dit que la théorie des microzymas est absolument imaginaire. Il n'existe pas une seule expérience d'où l'on puisse conclure à la transformation du microzymas en micrococcus, bactérie, etc. M. Pasteur reprend les expériences de M. Béchamp et montre que les résultats que ce dernier a annoncé sont dus aux germes contenus dans l'air. Que M. Béchamp veuille bien refaire l'expérience de la craie de Meudon avec toutes les précautions nécessaires à une stérilisation exacte, et s'il nous montre les transformations de son microzyma la question sera résolue en sa faveur.

Au contraire, le sang mis en présence de l'oxygène ou bien le pus, l'urine, le liquide de l'hydrocèle placés dans les conditions indiquées par M. Pasteur ne s'altèreront pas. C'est en se basant sur ces expériences que M. Pasteur se croit en droit de maintenir que le microzyma est un être de pure fantaisie.

M. Béchamp ajoute que, contrairement à M. Pasteur, il a démontré que le sang éprouve des modifications au contact de l'oxygène et que ces modifications sont dues à la transformation des microzymas en bactérie.

M. Pasteur répond que ces modifications du sang existent en effet, mais ce qui n'existe pas et ce que seul M. Béchamp soutient, c'est la transformation des granulations contenues dans le sang (fait connu) en bactéries. C'est ce que M. Béchamp n'a jamais fait voir; aussi M. Pasteur demande-t-il à l'Académie de nommer une commission devant laquelle les différentes expériences pourront être faites et le débat ainsi résolu.

M. le Président pense que cette solution est préférable à toute autre: aussi propose-t-il à l'Académie de nommer, dans la prochaine séance, une commission qui se mettra en rapport avec MM. Pasteur et Béchamp et qui communiquera à l'assemblée les résultats. (Adopté).

La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Leblanc sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est ainsi dressée: *en première ligne*, M. Trasbot; *en deuxième ligne*, M. Nocard; *en troisième ligne*, M. Weber; *en qua-*

trième ligne et ex æquo, MM. Barrier et Railliet ; *en cinquième ligne*, M. Mégnin. A. DAMALIX.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du mardi 27 avril. — Présidence de M. GUNNING (d'Amsterdam).

Du traitement chirurgical de l'ophthalmie sympathique. — M. DIANOUX (de Nantes) définit ce qu'il entend par o phthal mie sympathique. Cette affection ne pourrait survenir qu'après les traumatismes et pas avant la troisième ou la quatrième semaine, ni après que toute inflammation a disparu de l'œil traumatisé depuis un temps égal. Il met en doute l'authencité des ophthalmies sympathiques tardives et croit que souvent on a décrit sous ce nom des cas de simple irritation sympathique. Après avoir brièvement rappelé les théories en faveur sur la nature de cette affection, l'auteur se prononce formellement pour la transmission par les voies lymphatiques, théorie qui a pour elle les nécropsies et les résultats de pathologie expérimentale de Deutchsmann.

L'auteur énumère ensuite les différents procédés employés pour prévenir ou combattre l'ophthalmie sympathique : L'exentération, l'énucléation et l'énervation. Faisant un parallèle entre les trois opérations, l'auteur conclut en faveur de l'énervation, qu'il considère comme aussi facile d'exécution et moins dangereuse, tout en réalisant les mêmes résultats anatomiques. Il nie la possibilité de la réapparition des accidents après plusieurs mois par soudure des nerfs et gaines divisés et propose, pour calmer toute appréhension, un artifice opératoire consistant à fixer provisoirement le globe énervé en divergence extrême, pour rendre impossible tout affrontement, mais le considère comme superflu. L'auteur a pratiqué depuis 1877 quarante énervations et n'a eu à intervenir qu'une fois pour des douleurs ciliaires par une nouvelle énervation. Il conclut que l'énervation, moins barbare et bien plus facilement acceptée par les malades, est en outre plus en rapport avec la loi de chirurgie conservatrice qui défend de rien retrancher de l'organisme, de ce que l'art peut lui conserver.

M. ABADIE. Actuellement, depuis les travaux de Deutschmann, il est de plus en plus probable que l'ophthalmie sympathique se transmet par les lymphatiques. Si réellement le point de départ se trouve dans une infection locale consécutive au traumatisme, il est très important de supprimer d'emblée le foyer d'origine. Dans l'ophthalmie sympathique vraie, il faut donc procéder à l'énucléation; en outre, il est bon d'insister le plus possible sur un traitement général énergique, basé principalement sur l'emploi des frictions mercurielles à haute dose.

M. DE WECKER rejette l'énervation, mais il se demande si on n'arrive pas mieux à supprimer le foyer d'infection par l'exentération, puisque la seule voie de transmission ce sont les gaines lymphatiques.

M. SUAREZ (d'Angers) pense que dans les cas douteux on peut faire l'énervation, mais que dans les cas d'ophthalmie sympathique vraie il faut faire l'énucléation.

M. BOUCHERON. L'énervation doit être faite au début et non lorsque l'inflammation s'est propagée au loin. Quand les accidents se sont déjà irradiés, l'opération n'empêche plus le développement de l'ophthalmie sympathique.

M. DRANSART (de Somain) a fait 14 fois l'énervation et n'a jamais eu qu'à se louer de cette opération, aucun de ses opérés n'a eu d'accidents sympathiques, et ceux qui avaient des troubles sympathiques antérieurs à l'opération ont été complètement guéris. D'autre part, sur six exentérations faites à sa clinique, il a observé un cas d'ophthalmie sympathique.

M. GALEZOWSKI donne la préférence à l'énucléation, parce qu'il a vu des accidents survenir après l'énervation. L'exentération peut être également suivie d'accidents phlegmoneux avec ophthalmie sympathique. C'est ce qui s'est produit dans un cas opéré il y a dix ans par le professeur Richet.

M. COURSSERANT cite la thèse du Dr Assaky, montrant que les nerfs peuvent se suturer à 4 centimètres de distance. L'énucléation est donc l'opération la plus rationnelle dans les cas d'ophthalmie sympathique.

Les cas de mort après énucléation. — M. DOR (de Lyon). Jusqu'ici on n'a publié que 27 cas de mort après énucléation; ce chiffre est de beaucoup au-dessous de la vérité, parce qu'on a généralement peu de tendance à publier ses insuccès. Dans tous les cas signalés jusqu'ici, la mort était amenée par une méningite ayant débuté du sixième au vingtième jour après l'opération. M. Dor a eu lui-même deux cas de mort; dans l'un des cas la méningite aurait débuté six semaines après l'opération chez un malade tuberculeux.

Dans le second cas la mort survint 7 jours après l'opération, soit par embolie, soit par apoplexie cérébrale.

M. le professeur GAYET (de Lyon) a perdu 4 énucléés, dit-il, mais il y a de cela longtemps. C'était à une époque où on craignait beaucoup l'énucléation, mais depuis que les pansements sont faits d'après la méthode antiseptique, l'énucléation est devenue une opération innocente. Aussi M. Gayet se demande si les cas de mort signalés par M. Dor ne sont pas de simples coïncidences.

M. GORECKI a relevé 22 cas de mort par le chloroforme pendant l'énucléation ; aussi pour éviter cet accident il n'emploie pas le chloroforme, mais la cocaïne qui, injectée sous la conjonctive, permet de faire l'énucléation sans que les opérés ressentent autre chose qu'un peu de douleur au moment de la section du nerf optique.

M. CHEVALLEREAU. J'ai observé un fait qui offre de nombreux rapports avec le premier de ceux rapportés par M. Dor. Il s'agit d'un enfant qui 3 semaines après l'énucléation mourut de méningite. Je me refusai d'abord à croire que cette méningite fût attribuable à l'énucléation, dont les suites avaient été tout à fait normales, mais quoique cet enfant fût très vigoureux, j'appris depuis que, deux frères de sa mère étaient morts tuberculeux et je me demande aujourd'hui s'il s'agit d'une simple coïncidence ou si ce n'est pas là un cas de réveil d'une diathèse produit à longue distance par un traumatisme, comme cela nous a été enseigné par M. Verneuil.

M. DRANSART exerce dans un milieu industriel où les traumatismes oculaires sont fréquents. Sur un très grand nombre d'énucléations, il n'a jamais eu le moindre accident, et cependant il a fait plusieurs fois des énucléations en pleine suppuration.

M. GALEZOWSKI a fait de nombreuses énucléations et n'a eu que deux cas de mort, le premier à une époque où on n'employait pas encore les pansements antiseptiques, le second chez un glycosurique qui a été pris d'une hémorrhagie considérable.

Procédé de ténotomie dans l'insuffisance musculaire. — M. LANDOLT. Le degré de reculement du muscle dépend, toutes choses égales d'ailleurs, de la grandeur de l'incision conjonctivale et de l'étendue sur laquelle on détache le muscle des parties voisines. M. Landolt emploie le procédé de son maître, de Art, de Vienne, légèrement modifié. Il saisit un pli vertical de la conjonctive pour y pratiquer d'un coup de ciseau une courte incision horizontale au niveau de l'insertion du muscle, puis il pratique alors une boutonnière dans le tendon, y introduit l'une des branches des ciseaux courbes sous le muscle jusqu'à ce qu'elle dépasse le bord opposé, l'autre branche des ciseaux glissant sur l'autre face du tendon, mais sous la conjonctive. On détache ainsi le tendon d'un seul coup au ras de la sclérotique. M. Landolt évite ainsi l'emploi du crochet musculaire.

M. JAVAL. Dans la ténotomie on se propose soit un but esthétique, soit la vision binoculaire. Les malades sans vision binoculaire qui paraissent parfaitement corrigés après l'opération ont, au bout de quelque temps, de la divergence. Lorsqu'on a affaire à un enfant, il faut donc chercher à obtenir une correction imparfaite, en prévenant les parents que le résultat ira en s'améliorant. C'est donc de l'illusion pure que de vouloir mesurer à un demi-millimètre près le résultat opératoire. Quand les malades ont la vision binoculaire, celle-ci agit avec tant de force pour améliorer le résultat que la simple vieille ténotomie suffit très largement.

M. de WECKER. M. de Art fait depuis trente ans l'opération que M. Landolt vient de décrire. Ce que M. Landolt peut revendiquer ce sont ses pinces à mors inclinés et ses ciseaux.

M. ABADIE. Quand il s'agit de remédier à de simples troubles

fonctionnels, à de l'insuffisance musculaire, il faut faire la ténotomie d'une façon très exacte et très précise; mais pour cela il me paraît bien plus facile d'opérer à ciel ouvert en faisant une incision verticale de la conjonctive et en isolant le muscle sur un crochet; on peut alors, en ébarbant le muscle, le diminuer comme on l'entend. Beaucoup de myopes, qui se plaignent d'insuffisance musculaire sont très améliorés par cette opération, qui semble en outre avoir une influence heureuse sur les lésions du fond de l'œil et la marche de la myopie.

M. MOTAIS (d'Angers) ne croit pas que les résultats indiqués par M. Abadie soient dus à la raison qu'il invoque. Du moment qu'on laisse quelques fibres du muscle, ce muscle ne recule en rien et ne perd rien de sa force.

M. JAVAL a cherché vainement des cas d'insuffisance musculaire; il croit que l'insuffisance musculaire ne résulte que d'une erreur de diagnostic. L'insuffisance musculaire disparaît complètement lorsque la réfraction est bien corrigée.

Paralysie de la convergence. — Pour M. PARINAUD, la paralysie de la convergence résulte de la lésion des centres d'innervation qui président à cette fonction.

M. LANDOLT a rencontré des cas où il s'agissait de faits d'insuffisance de convergence dans l'ataxie locomotrice.

La théorie de la vision binoculaire élucidée par un cas de strabisme avec vision triple. — M. JAVAL.

M. DOR demande si M. Javal a vu des exemples de diplopie monoculaire chez des malades qui n'avaient pas encore été opérés. Dans tous les cas observés par M. Dor, il existait à la fois, en quelque sorte, une macula anatomique et une macula physiologique. Après avoir opéré le strabisme, on a une double projection, parce que les malades répondent en se basant sur leur projection fausse. Par des exercices, on arrive, au bout de six semaines environ, à produire la concordance des deux macula anatomique et physiologique. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

Note sur la tuberculose des enfants à la mamelle; par M. DAMASCHINO.—L'intéressante communication faite dans la dernière séance par MM. Landouzy et Queyrat a le mérite de faire connaître une affection encore mal décrite, la tuberculose de la première enfance. Je ne veux pas aujourd'hui revenir sur ce que notre excellent collègue, M. Landouzy, a déjà dit et bien dit. Je me contenterai d'affirmer comme lui la très grande fréquence de cette maladie sur laquelle j'ai recueilli des documents nombreux. J'insisterai seulement sur ce fait que cette fréquence pouvait être affirmée avant même la découverte du bacille de Koch. C'est un point sur lequel j'ai eu bien souvent l'occasion d'appeler l'attention de mes élèves depuis 1878, époque à laquelle j'ai pris possession de mon service de crèche à l'hôpital Laënnec.

La nature tuberculeuse de ces faits pathologiques est effectivement facile à prouver : elle est démontrée par la dissémination des lésions morbides, à la surface de tous les viscères, notamment du foie, des reins et aussi de la rate, qui sont couverts d'un nombre parfois considérable de granulations grises. Cette dissémination qui, ainsi que je l'ai indiqué dès longtemps (1) est, chez l'adulte, plus fréquente qu'on ne le croit, devient presque la règle dans l'enfance : c'est là un fait d'observation facile à contrôler et qui permet de juger à l'examen macroscopique la nature des altérations suspectes qui se montrent dans le poumon; les granulations grises des viscères se rencontrent, soit qu'il s'agisse de gros noyaux broncho-pneumoniques caséeux et confluents, soit que l'on ait affaire à des noyaux lobulaires de petit volume aux diverses phases de la tuberculose.

J'ajouterai que dans la première enfance on peut également rencontrer, quoique à titre exceptionnel, la phtisie pulmonaire ulcéreuse à évolution lente. J'ai observé plusieurs fois cette forme dont le diagnostic serait très difficile si l'on ne connaissait l'existence possible de cette affection pendant les premières années de la vie : il est assez malaisé, en effet, de la différencier des bronchites purulentes chroniques observées parfois chez les très jeunes sujets et dont la prognose est toute différente. Toutefois, il devient possible de reconnaître dans des cas douteux, la nature de la maladie de poitrine, en recherchant la présence des bacilles dans les crachats ; mais les enfants de cet âge n'expectorant jamais (sauf quand ils sont atteints de coqueluche) on devra leur prescrire un vomitif qui permettra d'examiner les mucosités bronchiques et de leur faire subir les manipulations nécessaires à la constatation des bacilles tuberculeux.

(1) Voyez *Bulletin de la Société anatomique*, 1879, p. 21.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. LIMOUSIN apporte à la Société un spécimen de la plante que les Chiliens nomment *Pichi* ou *Piché*. C'est une solanée récemment introduite en France et qui jouirait, tout au moins dans son pays d'origine, de la propriété de désagréger les calculs urinaires. M. Limousin a préparé un extrait fluide de pichi dont 4 cuillerées correspondent à 30 gr. de la plante, dose généralement employée dans les 24 heures.

M. C. PAUL désirerait qu'on étudiât, avant de considérer le pichi comme un lithontriptique, comment et à quelle dose se dissolvent les acides urique et oxalique dans une décoction de cette plante.

M. LIMOUSIN pense que le pichi agit surtout en dissolvant la mucine qui réunit les divers éléments de certains calculs; dans tous les cas, il calme le catarrhe de la vessie par la résine qu'il contient; ce que confirme M. Dujardin-Beaumetz.

M. C. PAUL répond que le pichi agirait alors comme l'eau de Contrexéville qui, elle aussi, dissout le mucus des calculs, ce qui est insuffisant d'ailleurs pour en amener la désagrégation. Il ne faut même pas envoyer à Contrexéville les graveleux porteurs d'une pierre, car, le mucus dissous, les fragments deviennent anguleux et opposent certaines difficultés aux manœuvres opératoires.

M. VIGIER lit un travail sur le *sulfure de zinc*.

M. F. VIGIER a préparé un saccharure qui contient beaucoup plus d'alcaloïdes que l'extrait mou, en ajoutant à la préparation de l'acide citrique qui empêche la précipitation des alcaloïdes. Une cuillerée à café de saccharure contient tous les alcaloïdes et un gramme d'extrait de quinquina.

M. C. PAUL estime que l'emploi de ce saccharure serait très utile dans la préparation des vins de quinquina qui sont si souvent mauvais et demande combien il faut de saccharure pour préparer un litre de vin.

M. F. VIGIER répond que la dose de saccharure dépend du titre en alcaloïdes des écorces employées. Avec le quinquina de culture, 30 grammes de saccharure suffisent pour préparer un litre de vin. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 1er avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M. LETOURNEAU.

MM. DALLY et MANOUVRIER offrent à la Société cinq crânes de Sénégaliens recueillis par le Dr Bellamy. Le premier de ces crânes est un crâne *peuhl* dont la face a disparu. La région frontale est très proéminente, cela tient peut-être à la fermeture prématurée de la sagittale. L'indice céphalique est de 70,9. Ce dernier fait montre que ces crânes s'éloignent notablement des crânes égyptiens dont l'indice moyen est de 74 à 76 ils se rapprocheraient plutôt des nègres. Mais il faut remarquer aussi que sous la dénomination de Peuhl, d'après M. Tautain, on confond des populations d'origines très différentes. Deux autres crânes sont des crânes Bambarras dont l'un présente de curieuses anomalies : une division transversale de l'os malaire en deux parties réunies par une suture ; des fosses canines très profondes avec absence des canines. Les deux derniers crânes sont des Malinkés très différents l'un de l'autre.

Une longue discussion s'engage ensuite sur le rapport du périmètre thoracique à la taille au point de vue du recrutement militaire. MM. LAGNEAU, BORDIER, DALLY, etc. y prennent part

puis la question se pose d'une façon spéciale sur les conditions toutes spéciales du recrutement des troupes destinées aux colonies. Et à ce sujet M. Maurel affirme que les troupes européennes ne peuvent guère s'acclimater dans les colonies, surtout dans l'Indo-Chine ; elles sont loin d'être moins exposées aux maladies entériques et aux fièvres intermittentes par un séjour prolongé; la résistance des européens à leurs atteintes décroît en effet depuis le moment de l'arrivée, de premières atteintes du mal prédisposant à de nouvelles. Les armées coloniales, d'après l'auteur, devraient donc être exclusivement composées de soldats indigènes avec officiers européens changeant tous les deux ans au moins.

Séance du 15 *avril* 1886. — Présidence de M. Letourneau.

M. Manouvrier présente un mémoire qu'il a publié dans le dernier numéro des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Il résulte de ce travail que les assassins exécutés en France ne forment pas, sauf quelques rares exceptions, un groupe pathologique. On ne peut non plus les considérer comme des ataviques, sauvages comme leurs ancêtres très éloignés. Ce sont simplement des héréditaires dont le milieu social a encore aggravé les vices qui les ont amenés au crime. L'auteur fait jouer un grand rôle à la combinaison des défauts ou des qualités des parents qui s'associent d'une façon heureuse ou malheureuse chez les descendants. Les multiples facteurs qui constituent le milieu viennent à leur tour imprimer à l'être moral des directions éminemment variables. L'étude des crânes des suppliciés montre d'ailleurs qu'ils n'ont rien de pathologique, ils ont des caractères communs à bien des séries, cependant en général ils présentent des caractères d'infériorité : petitesse relative de la région frontale, prédominance relative de la région pariétale et développement considérable des mâchoires. Mais il y a des exceptions et certains de ces crânes n'ont aucun caractère spécial. La capacité crânienne des assassins étudiée chez 60 crânes diffère très peu de la capacité moyenne ordinaire, les assassins normaux proviennent donc en général de la portion grossière de la race.

M. Dally demande que l'on remette à l'ordre du jour la discussion commencée dans la précédente séance sur les conditions anthropologiques nécessaires pour l'aptitude au service colonial. Il affirme qu'à ce point de vue, tout comme au point de vue de l'alimentation et de l'hygiène générale des troupes coloniales, les administrations militaire et navale ne semblent tenir aucun compte des données scientifiques. M. Mondière cite plusieurs exemples à l'appui de cette affirmation.

L. Capitan.

CORRESPONDANCE

Composition du liquide céphalo-rachidien.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans le numéro du 3 avril, je trouve un travail très bien fait de M. Paul Thiéry sur la présence du sucre dans le liquide hydrocéphalique, et aux conclusions duquel je m'associe entièrement.

La liqueur de Felhing est un excellent réactif, mais qui pêche souvent par excès. Toutes les fois qu'un liquide renferme de la glycose, ce liquide réduira la liqueur ; mais il ne faut pas conclure nécessairement à la présence de la glycose, parce que l'on obtiendra une réduction, fût-elle même très nette ; il faut toujours, dans des cas douteux, s'entourer de certaines précautions parmi lesquelles je citerai en premier lieu, la défécation par le sous-acétate de plomb, qui offre l'avantage d'éliminer bon nombre de corps étrangers perturbateurs, supprime par cela même la réduction, ou la rend plus nette s'il y a réellement de la glycose.

L'essai au polarimètre ne donne d'indications précises que si la proportion de glycose est supérieure à 0 gr. 50 par litre. A part, en effet, la limite de sensibilité de l'instrument, il y a une cause d'erreur peu connue ; c'est la trempe des galets de verre qui servent à fermer le tube. Ils agissent alors sur la lumière polarisée et peuvent donner une déviation parfois en sens inverse et allant jusqu'à 1 degré. Si l'on n'a pas pris la précaution de vérifier l'action optique des galets, ou de prendre des points de repère, pour les placer, on ne peut répondre de l'exactitude de l'instrument pour la recherche de la glycose lorsque la quantité ne dépasse pas 0 gr. 50 par litre.

En 1877, j'ai eu occasion d'examiner du liquide céphalo-rachidien que j'ai dû à l'obligeance de M. le Dr Ribemont-Dessaignes, aujourd'hui accoucheur des hôpitaux, et qui avait été recueilli de la manière suivante : Dans un cas de présentation du siège, la colonne vertébrale a été sectionnée et une sonde introduite dans le canal rachidien et poussée jusque dans le crâne. On a obtenu ainsi 1300 grammes de liquide. J'ai pu, grâce à cette quantité, faire une analyse très complète qui a été publiée à cette époque dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, et dont voici le résumé et les conclusions :

Volume	1.300 cent. cubes.
Réaction	Nulle.
Couleur	Jaune citrin.
Aspect	Très légèrement louche.
Densité	1010.

Matières organiques . . .	4.26	Matières grasses		0,366
		Urée		0,275
		Sucre		0,000
		Fibrine		0.000
		Mucine		0,000
		Hydropisine	Total 3 gr. 46	0,180
		Métalbumine		0,320
		Albumine (serine)		2,960
		Albumine totale directement.	3 g. 560	. . . .
		Matière colorante jaune		Traces.
		Pertes : substances non dorées		0,159
Matières minérales	8,90	Acide sulfurique		Traces.
		Acide phosphorique		0,563
		Chlore		4,301
		Chlorure de sodium. 7,098.		. . . .
		Chaux		0.112
		Magnésie		0,238
		Fer		Traces.
		Soude. Potasse. Sels non dorés. Pertes.		3,686
Eau	986,84	Eau		986 840
Total. . .	1000,00	Total.		1000,00

L'examen microscopique du liquide a été fait avec le plus grand soin et je n'ai absolument rien trouvé que de nombreuses bactéries et des globules de matières grasses souvent réunis de façon à simuler un gros leucocyte. J'ai enfin rencontré des plaques ressemblant aux cellules épithéliales de la vessie ; mais sans noyau aucun. Ces plaques étaient parsemées de petits points brillants.

La composition de ce liquide m'a suggéré une remarque importante, faite du reste antérieurement, c'est qu'il présente à peu près la même composition que le sérum, qui aurait été privé d'une partie de ses éléments par suite de son passage dans la cavité où il s'est accumulé pour constituer le liquide céphalo-rachidien. Ainsi, la quantité d'eau, d'urée, de sel marin, est sensiblement la même et le poids total de tous les sels peu différent (1).

Veuillez agréer, etc. P. Yvon.

NÉCROLOGIE

M. le Dr H. Legrand du Saulle (2).

La médecine légale et la médecine mentale viennent de faire une perte cruelle dans la personne de M. Legrand du Saulle, médecin

(1) En résumé, M. Yvon n'a pas constaté la présence du sucre dans le liquide céphalo-rachidien; aussi a-t-il raison, au début, d'insister sur les causes d'erreur qu'il signale et qu'il faut bien connaître lorsqu'on pratique des analyses aussi délicates. (*N. de la R.*)

(2) Les obsèques de M. Legrand du Saulle auront lieu à Notre-Dame, le samedi 8, à midi précis. Les personnes qui n'ont pas reçu de lettre, sont priées de considérer le présent avis comme une convocation.

de la Salpêtrière, médecin en chef de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, membre fondateur de la Société de médecine légale, ancien président de la Société médico-psychologiques, Officier de la Légion d'honneur.

M. Legrand du Saulle, décédé le jeudi 6 mai, était né en 1830 à Dijon, où il commença ses études médicales. Dès le début, il s'attacha à l'étude des maladies mentales et fut successivement interne des asiles de Dijon, de Rouen et de Charenton. Dès son arrivée à Paris, il collabora à la *Gazette des Hôpitaux* avec le professeur Trousseau dont il publia presque toutes les leçons cliniques. Il fut l'un des fondateurs de la Société de médecine légale avec MM. Gallard et Devergie et rédigea les *Annales médico-psychologiques*. Médecin de Bicêtre depuis 1867, il passa, il y a quelques années, à l'hospice de la Salpêtrière. On doit à M. Legrand du Saulle un grand nombre d'ouvrages médicaux ayant trait à la pathologie mentale et à la médecine légale. Nous citerons entr'autres : *La folie devant les tribunaux*, couronné par l'Institut, Paris, 1864 ; — *Le Délire des persécutions*, 1873 ; — *La folie héréditaire*, 1873 ; — *La folie du doute*, 1875 ; — *Etudes médico-légales sur les épileptiques*, 1877 ; — *Etude clinique sur la peur des espaces* (agoraphobie), 1878 ; — *Signes physiques des folies raisonnantes*, 1878 ; — *Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie* (couronné par l'Institut), 1879 ; — *Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*, 1881 ; — *Les Hystériques*, 1883 ; — enfin un volumineux *Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie*, 1886, en collaboration, pour la 2e édition, avec M. G. Berryer, avocat, et M. Gabriel Pouchet, agrégé à la Faculté de médecine. — Il a publié en outre un grand nombre d'articles dans la *Gazette des Hôpitaux* jusqu'à ces derniers jours.

VARIA

Banquet de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris.

Samedi soir, 1er mai, à huit heures, a eu lieu au Grand-Hôtel le banquet de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris. Les convives étaient au nombre de cent trente environ. La plus grande cordialité n'a cessé de régner dans cette réunion présidée par M. le Pr Brouardel en l'absence de M. le Pr Hardy. Nous avons remarqué dans l'assistance M. Ricord, que son grand âge n'a point empêché de venir rehausser par sa présence l'éclat de cette fête de famille, et qui a pris place à côté de M. Brouardel. La Faculté était représentée par quelques professeurs seulement : MM. Verneuil, Bouchard, Proust. Quelques agrégés, médecins et chirurgiens des hôpitaux, MM. Terrillon, Polaillon, Bouilly, Huchard, etc..., avaient répondu à l'appel des organisateurs, de même que les représentants de la presse médicale. Signalons encore l'affluence des médecins de province : M. le Pr Heydenreich (de Nancy), M. le Pr Dianoux (de Nantes), M. Maunoury (de Chartres), M. Thomas (de Tours), M. Cazin (de Berk), Lenglet (de Reims), etc., et un certain nombre d'internes en exercice. M. le Président a souhaité d'abord la bienvenue aux jeunes internes et porté un toast au doyen d'age, M. Ricord, toast fréquemment interrompu par les *bans* classiques et les applaudissements de l'assemblée ; il a rappelé en terminant les noms des anciens internes qui sont morts dans l'année écoulée et dont nous avons annoncé en temps et lieu le décès. M. le Pr Verneuil a prononcé ensuite une courte allocution. Enfin M. Gilbert, interne lauréat (médaille d'or de 1885), et M. Viguard, le premier de la promotion de 1885, ont répondu, en quelques mots, au nom des internes en exercice, au discours de M. le président du banquet. En somme, agréable soirée et petite fête qu'on devrait fréquenter davantage.

Hôpital de Norderney.

L'ouverture du grand hospice construit à Norderney par la Société « *Für Kinderheilshutten an den Deutschen Seekusten* » a eu lieu le 1er mai 1886. Il se compose de 6 à 8 pavillons en pierre ayant leurs salles de jeu, de travail et leurs dortoirs, et contenant chacun 40 lits, d'un grand batiment économique avec pensionnat, d'un réfectoire commun adjacent aux locaux propres à la cuisine, d'une salle de bains et d'hydrothérapie à l'eau de mer, sans préjudice de l'installation nécessaire aux bains de mer sur la plage. C'est au Dr Rhoden qu'en est confiée la direction ; ce médecin a l'été dernier visité les stations organisées dans les autres pays à l'usage de la thérapeutique infantile et s'est particulièrement imprégné du Refrias Domes et de l'hôpital de Berck. Le bureau de la Société s'est à la suite de son rapport efforcé d'écrémer les avantages des diverses stations européenes au profit de Norderney qui doit être tenu pour établissement modèle en son genre.

Congrès des Sociétés savantes à la Sorbonne.

Le nombre des communications inscrites dans le programme de la section des sciences et leur diversité ont obligé dès le début le comité à établir plusieurs sous-sections. — Communications faites : 1° Section des sciences physiques, chimiques et naturelles : *Terrain devonien du midi de la France*, par Barrois ; — *Des gaz parfaits*, par Meslin ; — *Structure du cerveau des hyménoptères*, par Viallanes ; — *Action de l'acide chlorhydrique sur les métaux*, par Isambert ; — *Biologie de l'Aspiodotus du laurier rose*, par le Dr Lemoine (de Reims) ; — *Un squelette de mastodonte dans le miocène*, par Sipière ; — *Echinides fossiles*, par Cotteau ; — *Sur le Gordius*, par Villot ; — *Des vampyrelles*, par Dangeard ; — *Esquisse géologique du Tarn*, par Caraven Cochin ; — *Carte géologique du Tarn*, par Rey ; — *Dolomies de Montpellier*, par Trachat ; — *Parasitisme chez la mouche*, par Fourment ; — *Embryologie des nématodes*, par Hallez ; — *Verterbrés tertiaires*, par Lemoine ; — *Faune fluviatile de France*, par Sirodot ; — *Migration des oiseaux*, par de Montessus ; — *Emploi des matières colorantes pour l'étude histologique et physiologique des infusoires vivants*, par Certes ; — *Enkystement des infusoires*, par Fabre-Domergue ; — *Chlorures et chlorhydrates*, par le Dr Brame (Tours), etc. — 2° Sciences médico-chirurgicales : *Lieux exposés aux atteintes de la foudre, moyens de les préserver*, par le Dr Vincent (de Guéret) ; — *Emploi des oxydes métalliques pour reconnaître dans les vins les colorants de la houille*, par Cazeneuve ; — *Aponévrose de Tenon*, par le Dr Motais ; — *Pince-nez pour astigmatisme*, par le Dr Motais ; — *Compte rendu d'expériences physiologiques diverses*, par le Dr Légerot (d'Alger) ; — *Scrofule et tuberculose*, par le Dr Castan ; — *Affections tuberculeuses*, par le Dr Gillet de Grandmont ; — *Vaccination préventiv du Rouget* (méthode Pasteur), par Cagny ; — *Traitement de la diphtérie*, par Deltil, etc.

Prix de l'Académie de médecine de Belgique.

Prrogramme des concours (1885-1887) : *Faire l'exposé et la critique des diverses méthodes de pansement et de traitement antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales. Prix : 600 fr.* Clôture du concours : 15 janvier 1887. — *Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement ; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. Prix : 600 francs.* Clôture du concours : 15 janvier 1887. — 1886-1887 : *Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles. Prix : 800 francs.* Clôture du concours : 31 décembre 1887. — 1886-1888 : *Déterminer par de nouvelles expériences la composition chimique du seigle ergoté. Prix : 600 francs.* Clôture du concours : 1er février 1888.— [illegible] *par anonyme : Elucider par des faits cliniques et* [illegible] *par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'*[illegible]*pilepsie. Prix : 8,000 francs.* Clôture du concours : 31 décembre 1888. — Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. — *Conditions des concours.* Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Sont exclus des concours : 1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant. L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président, en séance publique. Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce déla, la recompense n'est plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail. L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais. — *Nota.* Les membres titulaires et les

membres honoraires de l'Académie ne peuvent pas prendre part au concours.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1886, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	2[illegible]	23	5	4[illegible]
2e	21	18	3	42
3e	24	35	8	67
4e	3[illegible]	53	19	104
5e	36	44	7	81
6e	26	40	2	6[illegible]
7e	19	31	3	53
8e	5	5	5	15
9e	25	29	2	56
10e	26	35	2	73
11e	81	120	36	237
12e	28	40	9	77
13e	37	69	20	121
14e	49	7	16	137
15e	38	69	19	126
16e	25	12	6	43
17e	41	61	19	121
18e	62	109	30	201
19e	53	51	27	131
20e	71	88	51	210
	709	1004	299	2012

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies		Maladies	
A		**E**	
Angines et laryng.	123	Affect. cérébrales, Paralysies.	96
Croup	45	Eclampsie. Convuls.	74
Coqueluche	11	Névralgies	40
Corps étrangers du larynx	1	Névroses	76
Otite	2	Epilepsie	22
Ophthalmie	1	Aliénation mentale.	11
B		Alcoolisme. Delirium tremens.	27
Asthme	39	Chorée	1
Affections du cœur.	72	Tétanos	1
Bronchites aiguës et chroniques	127	**F**	
Pleuro-pneumonie.	138	Rhumatisme	32
Congestion pulmonaire	23	Affections éruptives	43
C		Fièvre intermitt.	4
Affections et troubles gastro-intestinaux	122	Fièvre typhoïde.	34
Cholérine	9	Hémorrhagies de causes internes et externes.	78
Dysenterie	2	**G**	
Athrepsie	8	Plaies. Contusions.	93
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	61	Fractures. Luxations. Entorses	24
Hernie étranglée	12	Brûlures	6
Rétention d'urine	17	Empoisonnements.	18
Orchite	5	Asphyxie par le charbon	8
Chute du rectum	2	— submersion.	1
D		Suicide	4
Métrite. Métro-péritonite	45	**H**	
Métrorrhagie	30	Mort à l'arrivée du médecin	82
Fausse-couche	51		
Accouc. Délivrance	115		
Accouc. non terminé	30	Total.	2012

La moyenne des visites par nuit est de 22 35/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23 20/100
Les hommes entrent dans la proportion de 35 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 1er trimestre de 1885	2.088
— — 1886	2.012
Différence en moins	76

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 10. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Terrier, Farabeuf, Rémy. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Hayem, Cruveilhier, Reynier ; — 2e partie : MM. Fournier, Gariel, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Trélat, Nicaise, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Le Dentu, Guéniot, Reclus.

MARDI 11. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Delens, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Grancher, Mathias-Duval, Bouilly ; — 2e *Serie* : MM. Cruveilhier, Richelot, Humbert. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Brouardel, Bouchard, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Pajot, Le Fort, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Berger, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Hallopeau : — 2e *Série* : MM. G. Sée, Peter, Hanot.

MERCREDI 12. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Nicaise, Cruveilhier, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Fournier, Le Dentu, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Terrier, Farabeuf, Straus ; — 2e partie : MM. Damaschino, Gautier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trelat, Guéniot, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Pouchet.

JEUDI 13. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Delens, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Vulpian, Cornil, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Cruveilhier, Bouilly ; — oral, 1re partie, 3e *Série* : MM. Sappey, Mathias-Duval, Debove ; — oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Le Fort, Richelot, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Pajot, Berger, Peyrot ; — oral, 2e partie, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Bouchard, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Proust, Quinquaud.

VENDREDI 14. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Farabeuf. Kirmisson. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Vulpian, Cruveilhier, Reynier ; — 2e partie : MM. Béclard, Damaschino, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Nicaise, Terrier, Pinard. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, A. Robin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Guéniot, Reclus.

SAMEDI 15. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Berger, Richelot, Peyrot. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Mathias-Duval, Humbert. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Jaccoud, Bouchard, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Grancher, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Cruveilhier, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Laboulbène, Duplay, Campenon ; — 3e *Série* : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Peter, Cornil, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Ball, Brouardel, Raymond.

Enseignement médical libre.

Cours de clinique abdominale. — M. le Dr TERRILLON commencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi 12 mai à la Salpêtrière et les continuera les mercredi suivants à dix heures. — Opérations le samedi.

Cours de technique microscopique — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi, 10 mai à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5 et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de 1 heure à 2.

Hôpital Bichat. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales — M. le Dr Henri HUCHARD commencera ses leçons, à l'hôpital Bichat, le dimanche 9 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Les quatre premières leçons seront consacrées : 1° *aux indications thérapeutiques en général* ; 2° *à l'angine de poitrine et à son traitement*, avec présentation de pièces anatomiques (leçon du 16 mai) ; 3° *à la spectroscopie appliquée à la clinique*, par M. le Dr HÉNOCQUE (leçon du 23 mai) ; 4° au *diagnostic et au traitement des névroses cardiaques* (leçon du 30 mai).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 avril 1886 au samedi 1er mai 1886, les naissances ont été au nombre de 1267 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 460 ; illégitimes, 205. Total, 665. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 187. Total, 602

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 avril 1886 au samedi 1er mai 1886, les décès ont été au nombre de 1138, savoir : 606 hommes et 532 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7 F. 8. T. 15. Variole : M. 5. F 3, T. 8 — Rougeole : M. 19. F. 24, T. 43 — Scarlatine : M. 2. F. 6 T. 8. Coqueluche : M. 9. F. 17 T. 26. — Diphthérie, Croup : M. 00 F. 00, T. 00. — Dyssenterie : M. 4. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 4. T. 6. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 27 F. 25. T. 52. — Phthisie pulmonaire : M. 138, F. 75 T. 213. — Autres tuberculoses : M. 27, F. 16. T. 43. — Autres affections générales : M. 37, F. 43, T. 80. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 25, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 17, T. 28 — Pneumonie : M. 53, F. 49, T. 102. — Athrepsie : M. 25, F. 32. T. 57. — Autres maladies des divers appareils : M. 178, F. 153, T. 331. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 12, F. 9. T. 12. — Causes non classées M. 12, F. 10, T. 22.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 92 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 23. Total : 53 — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 14. Total : 39.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CLINIQUE ET ACCOUCHEMENTS.— L'épreuve clinique a commencé le lundi 3 mai, à cinq heures du soir, et continue à avoir lieu tous les soirs à la même heure, alternativement à l'Hotel-Dieu et à la Charité.

CONCOURS DE L'ADJUVAT D'ANATOMIE. — Le jury du concours de l'adjuvat, qui s'ouvrira le lundi 10 mai à midi et demi, est composé de MM. Sappey et Farabeuf, juges de droit; Lannelongue et Panas, professeurs, juges titulaires désignés par le sort; Béclard et X..., professeurs, juges suppléants; Reygnier, agrégé, juge titulaire; Richelot, agrégé, juge suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ecole pratique : Exercices opératoires.* Sous la direction de M. FARABEUF, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Quatrième cours : M. le Dr TUFFIER, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 3 mai 1886, à 1 heure précise, pavillon n° 3. — Cinquième cours : M. le Dr BROCA, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 10 mai 1886, à 1 heure précise, pavillon n° 7. — *Manœuvres obstétricales* : M. le Dr PINARD, agrégé, fera la leçon d'introduction à ces manœuvres le mardi 11 mai 1886, à 4 heures, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté. Il fera ensuite, tous les jeudis, à la même heure et dans le même lieu, une série de *Démonstrations*. Les Elèves, divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétriques, répéteront les manœuvres, dans le pavillon VI de la nouvelle Ecole pratique au jour et à l'heure qu'ils auront choisis en s'inscrivant. Les manœuvres obstétricales sont gratuites. Pour être admis à y prendre part, les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef du matériel de l'Ecole pratique de midi à 4 heures, jusqu'au jeudi 13 mai.

FACULTÉS ÉTRANGÈRES.—*Heidelberg* : M. le Dr F. BESSEL-HAGEN, assistant du professeur Bergman (à Berlin), devient privat-docent de chirurgie à Heidelberg et directeur de la policlinique chirurgicale de l'Université.

Strasbourg : M. le Dr privat-docent J. DE MERING est nommé professeur extraordinaire à la Faculté de Strasbourg.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale a eu lieu le dimanche 2 mai à deux heures dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, à Paris.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — M. H. Liouville a déposé sur le bureau de la Chambre des Députés, dans la séance du 21 avril, une proposition de loi ayant pour objet la création d'hospices cantonaux et d'instituts annexes spéciaux de vaccinations (humaine et animale), et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

COLLÈGE DE FRANCE — M. le Dr BROWN-SÉQUARD a commencé son cours le mercredi 5 mai à quatre heures et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera de la Physiologie et de la Pathologie de diverses parties de la base de l'encéphale.

HERBORISATIONS.—*Cours d'histoire naturelle médicale*. M. le professeur BAILLON fera sa prochaine herborisation dans le bois de Vincennes et sur les bords de la Marne, le dimanche 9 mai 1886. Départ de la gare de Vincennes à 11 h. 1/2.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours d'été (année 1886). — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hopitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* commenceront le lundi 3 mai 1885, à quatre heures. — 2° *Conférences d'Histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à etre faites par M. le Dr A. SIREDEY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — *Nota.* Les microscopes et autres instruments necessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre, à partir du 1er mai.

INSTITUT PASTEUR. — Le *Journal Officiel* a publié la vingt-deuxième liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur; elle s'élève a 4.733 fr. 80, ce qui donne un total de 618.444 fr. 75. —La vingt-troisième liste s'élève à 78.786 fr. 25; donc au total jusqu'à ce jour 667.227 fr. 82.

LE CHOLÉRA EN ITALIE. — *Quarantaines.* — Le conseil sanitaire international d'Alexandrie a décidé, par délibération du 21 avril, d'appliquer en Egypte, à partir de ce jour, 24 heures d'observation avec visite medicale aux provenances des ports se trouvant sur le littoral italien entre Brindisi et Naples, jusques et y compris ce dernier port.

En Italie, les navires provenant des ports italiens de l'Adriatique à destination d'un autre port quelconque du royaume sont soumis à une quarantaine d'observation de 7 jours, s'ils n'ont eu aucun cas suspect durant la traversée, et à une quarantaine de rigueur de 21 jours s'ils ont eu à bord des cas de maladie suspecte. Tous navires affectés au transport des passagers sont astreints à embarquer à leurs frais un médecin dûment assermenté et agréé par les autorités sanitaires du port de départ. La quarantaine court pour ces derniers navires du jour du départ.

Mesures appliquées à Malte. — Les provenances de Venise sont soumises à une quarantaine de 12 jours. Les provenances de Brindisi et des ports de la côte méridionale de l'Italie sur l'Adriatique sont repoussées ainsi que celles des autres pays qui auraient relâché dans les ports ci-dessus durant les 21 jours précédents. Les navires arrivant des autres ports de l'Italie et de la Sicile sont soumis à une rigoureuse visite médicale : les passagers venant de ces pays ne sont admis à débarquer que sur la production d'un certificat émanant d'une autorité consulaire anglaise et établissant qu'ils n'ont pas été depuis 21 jours dans les pays déclarés infectés.

Le Conseil sanitaire international d'Egypte a décidé, à la date du 16 avril, d'appliquer le règlement contre le choléra aux provenances du littoral italien de l'Adriatique, depuis la Vénétie jusques et y compris la province de Brindisi.

Quarantaines. — Une décision du 24 avril assimile les provenances de la Sicile à celles de l'Italie continentale au point de vue des mesures quarantenaires applicables dans les ports français.

Les mesures sanitaires prises dans les ports français contre les provenances d'Italie, de Sicile et de Sardaigne sont appliquées en Algérie à dater du 23 avril. Par décision du 23 avril, la quarantaine d'observation imposée dans les ports de la Tunisie aux provenances de Brindisi et des environs, est élevée de 3 à 5 jours. Pour les provenances des autres ports italiens, l'observation est portée de 24 heures à 3 jours, à l'exception des provenances de Sardaigne, qui subiront seulement une observation de 24 heures.

MÉDECINS DE LA MARINE. — M. le Dr ROCHARD, membre de l'Institut, inspecteur général des corps de santé de la marine, vient d'être mis à la retraite conformément à un arrêté minstériel. Il parait que son emploi d'inspecteur ne sera pas rempli, au moins provisoirement.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. DAUBRÉE, membre de l'Académie des sciences, commencera le cours de géologie du Muséum d'Histoire naturelle le samedi 8 mai à quatre heures un quart dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il traitera des *faits fondamentaux de la Géologie* et spécialement du *métamorphisme*. Il décrira aussi la *constitution géologique des environs de Paris*. — En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement. — M. GUIGNET, ancien élève de l'Ecole polytechnique, suppléant en son absence M. le professeur Chevreul, a commencé le cours de chimie appliquée aux corps organiques, mardi prochain 4 mai 1886, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours de cette année sera consacré à l'*application des connaissances chimiques à l'étude des êtres vivants.* — M. le Dr HAMY, aide-naturaliste, en l'absence de M. le professeur de Quatrefages, a commencé le cours d'*anthropologie* ou d'*histoire naturelle de l'homme*, mardi prochain 4 mai 1886, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le cours sera consacré à l'étude détaillée des *races humaines d'Amérique.* — M. le professeur Charles ROUGET a commencé son cours de physiologie générale mardi prochain 4 mai 1886, à quatre heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Les leçons pratiques auront lieu le mardi au laboratoire. Le professeur traitera de la *respiration*, des *synthèses organiques*, de la *glycogénie*. En cas d'absence, il sera suppléé par M. Gréhant, aide-naturaliste, qui a commencé le cours le mardi 4 mai.

RÉCOMPENSES. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du Commerce et de l'Industrie vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes dont les noms suivent et qui se sont signalées par leur participation active aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1882. *Médailles d'or* : M. le professeur Poincaré (de Nancy), et M. Faucher, ingénieur en chef des poudres et salpêtres. — *Rappel de médaille d'or* : M. Delcominete, pharmacien, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy. — *Médailles d'argent* : MM. le professeur J. Arnould, à Lille; Le-

fèvre, professeur au lycée de Versailles; le professeur Layet, à Bordeaux; Clouet, pharmacien, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Herbelin, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Dr Hugot, vice-président du Conseil du département de l'Aisne; Dr Raymondaud, membre du Conseil départemental de la Haute-Vienne. — *Rappel de médailles d'argent* : MM. Andouard, pharmacien, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Dr Bancel, secrétaire du Conseil du département de Seine-et-Marne; Gebhard, pharmacien, secrétaire du Conseil du département des Vosges. — *Médailles de bronze* : MM. Rambaud, pharmacien professeur à l'Ecole normale de Poitiers; Bor, pharmacien, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Dr Deshayes, secrétaire du Conseil du département de la Seine-Inférieure; Dr Hébert, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon; Defferre, pharmacien, secrétaire du Conseil du département du Gard; Dussaussoy, ancien pharmacien à Laon, membre du Conseil du département de l'Aisne.

Société de Médecine légale. — Séance du lundi 10 mai 1886, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : Discussion sur la question posée par M. Yvon, relativement à la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques. Vote des conclusions de la Commission. — Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — Sur quelques accidents gangreneux consécutifs à l'emploi topique du phénol Bobœuf, sans ordonnance de médecin, par M. Secheyron, interne des hôpitaux. — Sur un cas de pseudo-hermaphrodisme ayant entraîné une erreur dans les actes de l'Etat civil, par M. le Dr Benoist, de St-Nazaire, membre correspondant.

Société Médico-Psychologique. — La Société Médico-Psychologique se réunira, en séance solennelle, le lundi 10 mai, à quatre heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — Ordre du jour : 1° Rapport sur le prix Esquirol : M. M. Briand. — 2° Rapport sur le prix Moreau (de Tours) : M. M. Briand. — 3° Rapport sur le prix Belhomme : M. Féré. — 4° Rapport sur le prix Aubanel : M. Charpentier.

Société protectrice de l'Enfance. — Elle a proposé, pour l'année 1886, la question de prix suivante : Exposer dans des observations personnelles, les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion. — La même Société propose, pour l'année 1887, la question suivante : Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements, ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants : 1° Le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique. — Ces deux prix sont de la valeur de 500 francs. — Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés francs de port avant le Ier novembre 1886, pour la première question, et avant le Ier novembre 1887, pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le Dr Blache, rue des Beaux-Arts, 4, à Paris. — Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs; ils pourront seulement en faire prendre copie à leurs frais.

Les membres du Conseil d'administration sont seuls exclus du concours. Les concurrents ne devront pas se faire connaître; ils joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Nécrologie. — Louis Abel Mauxion (d'Angoulême), ancien externe des hôpitaux de Paris, membre de la Société zoologique de France, mort à l'âge de 30 ans. — Un vétéran de la démocratie, M. Bertoni, un des organisateurs de l'expédition des Mille, ancien médecin de Garibaldi, vient de mourir d'une attaque d'apoplexie à Rome. M. Bertani était un des principaux leaders du parti radical à la Chambre. — M. le Dr J. Planellas Llanos, professeur à la Faculté des sciences et directeur du Jardin Botanique à la Havane. — M. le Dr J. Barnet y Ruiz, professeur de l'Université et membre de l'Académie des sciences de la Havane, mort à la suite d'un accident de laboratoire. — M. Dajon, officier de santé à Blangy, mort à 80 ans. — M. le Dr Boenner, médecin allemand estimé et fondateur de l'hôpital pour affections ocul. et auricul. de Bradford. — M. le Dr Schumann, médecin à Bérent. — Les Drs Hallbauer (de Greefsevali, et Pistor (de Hobberich). — Dr E. Bellot (de Prague). — M. le Dr Million (de Saint Etienne), mort à l'age de 69 ans — M. le Dr Maurice (de Saint-Etienne), médecin du bureau de bienfaisance et des prisons. — M. le Dr Bessems (d'Anvers), médecin des plus distingués de cette ville. — M. le Dr Mauger, médecin-inspecteur de la marine en retraite, mort à Paris — Frédéric Melsens, mort le 20 avril à Bruxelles, chimiste belge bien connu, ancien élève de Dumas, ancien professeur de chimie à l'école vétérinaire, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de physique. On lui doit un grand nombre de travaux de chimie de premier ordre. Il s'occupa très activement de la crémation des cadavres; il fut reçu docteur ès sciences en 1841. Il était âgé de 72 ans. — Edouard Morren, botaniste belge, fils de Charles Morren, botaniste lui-même et savant renommé. — M. le Dr L. A. Dhercourt, président de la Société de médecine de Paris, mort à Enghien (S. et O.), à l'âge de 78 ans — M. Félix Weinstein, externe des hôpitaux de Paris, décédé le 7 mai.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière — Clinique des maladies nerveuses : M. le professeur Charcot, lundi et mardi de chaque semaine à 9 heures 1/2.

Hospice de Bicêtre. — Maladies mentales : M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales* : M. J. Voisin. Le lundi à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, 120, boul. Saint-Germain.

Verneuil (A.). — Mémoires de chirurgie. T. IV. Traumatisme et complications. Volume in-8 de 791 pages. — Prix : 15 fr.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Publié sous la direction de A. Dechambre. Vient de paraître de la *Deuxième série*. L-P. — Le tome XXII, seconde partie : PEL-PER. Volume in-8 de 384 pages. Nous y remarquons les articles suivants : Pemphigus, par Chambord ; — Pendaison, par Tourdes ; Penis, par Monod (Ch.) et Brun (F.) ; — Système pénitentiaire, par Merry-Delabost ; — Percussion, par L. Hahn. — *Troisième série* : Q-Z. Tome XVI, première partie : TAR-TEL. Volume in-8 de 400 pages. Nous y remarquons les articles suivants : Tartarie, par Liétard ; — Tatouage, par Lacassagne et Magitot ; — Système tégumentaire dans la série animale, par Carlet ; — Pathologie des teignes, par Chambard ; — Zoologie des teignes, par Laboulbène ; — Tendon (anatomie et pathologie), par Hénocque.

Robert (C.). — De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre. Brochure in-8 de 55 pages. — Prix : 3 fr.

Diday (P.) et Doyon (A.). — Les herpès génitaux. Volume in-8 de 367 pages — Prix : 6 fr.

Fleury (A. de). — Du spasmodisme opposé à la convulsion. — Le tribomure d'Allyle. Etude thérapeutique et clinique. Volume in-8 de 58 pages Bordeaux, 1886. — Imprimerie nouvelle A. Bellier et Ce.

Freire (D.). — Le vaccin de la fièvre jaune. Résultat statistique des inoculations préventives pratiquées avec la culture du microbe atténué, de Janvier à août 1885. Brochure in-8 de 29 pages. — Rio de Janeiro. Typ Leuzinger et Filhos.

Guyenot (F.). — Action thérapeutique des eaux de Salins (Jura). — Indications et contre-indications. Brochure in-8 de 8 pages. — Vichy, 1886. — Imprimerie Wallon.

Jeandin (J.) — Etude sur l'actinomycose de l'homme et des animaux. Volume in-8 de 140 pages. — Genève-Bale-Lyon, 1886. — Librairie H. Georg.

(1) Dépot général à la pharmacie Collas, 8, rue Dauphine.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 20. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 MAI 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1)

DOUZIÈME LEÇON.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS A LA PÉRIODE DU SYPHILÔME PRIMAIRE.

SOMMAIRE. — De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis. — Traitement local et médical du chancre. — Traitement général.

Messieurs,

Tout d'abord, je réponds à la question la plus importante, à celle que nous avons souvent discutée devant vous. Peut-on détruire le chancre?

Oui, certes, et le fait est connu depuis longtemps; et Jean-Louis Petit raconte que, étant en 1693 à l'hôpital de Lille, son maître, M. Corbis, lui dit que, en cas de chancre récent du prépuce, il coupait tout le bout du prépuce et évitait par là de passer le malade par les grands remèdes puisque le virus n'avait pas encore infecté la masse du sang. Depuis Benjamin Bell, Hunter, Ricord, Auspitz et Unna, Pick, etc., cette destruction a été faite bien des fois. J'ai moi-même excisé ou vu exciser bon nombre de chancres, et le plus souvent le chancre excisé ne reparaissait plus. Je vous ai dit que je considérais le médecin comme autorisé à enlever le chancre quand il se trouvait dans les circonstances suivantes : 1° Chancre au début. — 2° Chancre situé dans une région où l'excision peut se pratiquer très facilement et sans aucun danger (petites lèvres, prépuce). — 3° Chancre non encore accompagné d'adénopathie. — 4° Chancre unique ou tout au moins chancres pouvant tous être enlevés facilement. — 5° Sujets non diabétiques, non albuminuriques, etc. Je rejette absolument l'emploi des caustiques, car avec eux on ne sait pas ce qu'on fait. Il faut, comme vous me l'avez vu pratiquer, exciser et exciser largement en saisissant le chancre avec des pinces à griffes et l'enlever brusquement d'un coup de ciseaux courbes ou d'un coup de bistouri. Aussitôt l'excision faite on peut appliquer une érigne si c'est nécessaire et panser avec de la charpie trempée dans de l'eau phéniquée. Le plus souvent ce dernier mode de pansement suffit et sur les petites lèvres ou le prépuce par exemple, la légère hémorrhagie ainsi produite ne tarde pas à s'arrêter. Vous avez vu que, dès le lendemain, la plaie était en bonne voie de cicatrisation et quelques jours après entièrement cicatrisée. J'ai suffisamment excisé ou vu exciser des chancres pour ne plus redouter les complications signalées par quelques auteurs qui n'admettent pas la destruction du chancre. Tel est également l'avis de mon maître Cornil et de bien d'autres syphiligraphes éminents parmi lesquels le professeur Pick, de Prague. En somme, la plaie en quelques jours est complètement cicatrisée, les réindurations, les réapparitions du syphilôme primaire au niveau de la surface d'opération sont chose rare. Lorsque l'opération est conduite d'après les règles précitées la cicatrice est des plus minimes.

Donc, ce traitement par excision est légitime dans certains cas, et peut-être évite-t-on ainsi aux malades diverses complications du chancre. En tous cas on le débarrasse d'une lésion toujours incommode, et l'on diminue incontestablement les chances de propagation de la syphilis pendant la période primaire.

Mais, me direz-vous, en enlevant ainsi le chancre ferez-vous avorter la syphilis? Ici, Messieurs, je suis d'autant plus embarrassé que j'ai publié en 1881 un travail sur la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis, où multipliant les raisons théoriques et autres je considérais cette destruction comme inutile. Je ne reviens pas sur cette discussion; la question ne peut être jugée actuellement que par l'examen de faits nombreux : *acta non verba*. Je vous renvoie à ce travail publié en 1881 dans les *Annales de dermatologie*; vous y trouverez la discussion d'un grand nombre de faits, l'état de la question en 1881.

Eh bien, Messieurs, je dois l'avouer, je suis un peu ébranlé en ce moment, je n'ose plus affirmer d'une façon absolue qu'il est impossible d'empêcher la vérole en enlevant le chancre. Déjà prévenu pendant mon internat de 1878 à Lourcine par mon maître Cornil, lequel considère dans ses leçons faites à l'hôpital de Lourcine, le chancre comme un foyer d'infection local d'où le virus pénètre dans l'économie tout entière; j'ai commencé à être ébranlé par la si curieuse, si vivante leçon que Diday a faite en mai 1888 à l'hôpital de la Charité dans l'amphithéâtre du professeur Hardy (voir la *Semaine médicale,* mai 1884); et j'ai fini par douter, par hésiter, surtout après le congrès international des sciences médicales de Copenhague quand j'ai entendu l'importante communication de mon ami le professeur Pick, de Prague, et surtout après certaines discussions familières que j'ai eues avec lui lorsque voulant me convaincre, je lui posais des objections qu'en mon for intérieur je trouvais exagérées, pour me pénétrer davantage de l'esprit de mon savant contradicteur (1). J'ajouterai en terminant que mes nombreuses inoculations expérimentales de tubercule et de lupus chez les animaux (bien que en science comparaison ne soit pas toujours raison, assez souvent cependant), m'ont amené à un doute méthodique.

Mais alors, me direz-vous, que faites-vous des excisions, de Rasori, de Fournier faites dès les premiers vingt-quatre heures après l'apparition du chancre et suivie néanmoins de syphilis? Vous-même n'avez-vous pas publié au dernier Congrès de Copenhague (voir *Vierteljahresschrift für dermatologie und syphi-*

(1) Voir les nos 6, 7, 14.

(1) Le Dr Jullien (Congrès de Copenhague 1884), pense également qu'il ne faut pas être absolu dans de pareilles questions et que l'excision du chancre peut, dans certains cas, empêcher ou diminuer l'infection. Il a publié dans les relations du Congrès de Copenhague (Voir *Viertel jahresschrift fur dermatologie und syphilis* 1884, p. 448), un cas de syphilis très atténuée par l'excision du chancre, syphilis tellement atténuée que 15 mois après l'excision, le sujet s'étant de nouveau soumis à la contagion, contracta de nouveau la syphilis.

lis 1884), un cas d'excision du chancre quatorze heures après son apparition et suivie néanmoins de syphilis. Vous nous en avez même parlé dans une précédente leçon (5e leçon). Nous n'y comprenons plus rien. Ni moi non plus, Messieurs. Tout ce que nous pouvons dire c'est que, dans les cas que vous me reprochez (me rendant la pareille de ce que j'ai fait, celui qui a frappé par l'épée périra par l'épée), le virus était déjà passé. Jusqu'où ? je n'en sais rien. Mais certes au delà de la surface d'excision.

Mais, Messieurs, reprenons les faits publiés. Je ne remonte pas jusqu'à Jean-Louis Petit, jusqu'à Hunter, je ne vous parle pas des faits de Ricord, car à cette époque tout le monde était unicisté. (Notons cependant que l'idée de l'excision, comme le dit bien Diday, est d'origine française). Je cite seulement les fais suivants empruntés en partie à mon mémoire de 1881, en partie à la leçon de Diday qui paraissent constituer des exemples authentiques de succès dus à l'excision : 2 cas de Hunter, 1 de Langenbeck, 1 de Kuzlinski, 1 de Kolliker, 4 d'Auspitz et Unna, 2 do Pospelow, 3 de Rydigier, 2 de Pick, 2 de Spillmann, 2 de De Amicis, 2 de Rienecker; faisant un total de 22 faits, lesquels, comme le dit Diday, triés impartialement parmi nombre de cas douteux (des centaines, il est vrai), constituent cependant un chiffre assez imposant. Dans sa dernière communication au Congrès de Copenhague (*Vierteljahresschrift für dermatologie und syphilis* 1884), le professeur Pick a ajouté quelques nouveaux faits heureux à l'actif de cette méthode.

Enfin, je vous relate le cas suivant que j'ai observé récemment : Le 2 décembre 1884, je suis consulté dans mon cabinet par un jeune homme de 22 ans, n'ayant jamais eu la syphilis, toujours bien portant, qui 24 jours après un coït suspect avec une femme qui certainement était syphilitique (cette fille publique est entrée quelque temps après dans ma salle Saint-Côme; elle était atteinte de papules érosives de la vulve ; la syphilis semblait remonter environ à un an , vit survenir sur le bord libre du prépuce un petit bouton. Or le malade était très affirmatif sur ce point, il n'avait pas vu de femmes depuis ce dernier coït, et pour cause, car il avait dû garder la chambre une quinzaine de jours pour un gros rhume (grippe). Le bouton qu'il me montra le 2 décembre était d'après lui survenu 5 jours auparavant. Quand je le vis, il présentait tous les caractères d'un petit chancre grand comme une lentille, rond, un peu bombé, érosif, rouge, lisse, d'aspect vernissé. L'érosion absolument indolente reposait sur une base très nettement parcheminée. Mon signe de l'expression du suc faisait défaut; d'ailleurs cette lésion ne présentait nullement les caractères de l'herpès. Pas d'autres lésions cutanées ou muqueuses. Adénopathie très peu accentuée dans les deux aines, mais le malade un peu lymphatique me dit avoir toujour eu des glandes dans les deux aines. Je lui proposai l'ablation du chancre. Il accepta avec enthousiasme. J'excisais largement et pansais la plaie avec de la gaze phéniquée. Quelques jours après, cicatrisation complète, et absence complète de réinduration au niveau de la plaie. Pas d'adénopathie. J'ai pratiqué l'examen histologique du morceau enlevé et j'ai trouvé (comme le montrent ces coupes : érosion épithéliale s'étendant jusqu'à la partie moyenne du corps de Malpighi par suite de la chute des couches épidermiques sus-jacentes. Les couches superficielles du corps de Malpighi présentent un degré assez avancé d'altération cavitaire. Infiltration du derme par une grande quantité de cellules embryonnaires dissociant et tassant par places les fibres conjonctives (l'infiltration n'existait guère que dans la moitié supérieure du derme). Quelques artérioles et veinules présentaient un épaississement léger de leurs parois. Gonflement et hypertrophie d'assez bon nombre de cellules plates du tissu conjonctif. Dans quelques vaisseaux un léger coagulum fibrineux obstruant en partie la lumière du vaisseau avec les cellules endothéliales desquamées et les cellules lymphatiques qu'il englobe. La recherche des bacilles de la syphilis, d'après la méthode de Lustgarten ou de Doutrelepont n'a pas été faite, le lambeau cutané ayant été plongé de suite dans le liquide de Müller. Quoi qu'il en soit, les lésions histologiques précitées présentent une grande analogie, pour ne pas dire identité, avec celles que l'on observe dans le syphilôme primaire, dans le chancre; en tous cas, elles ne rappellent guère celles que l'on observe dans l'herpès.

Donc, en tenant compte des caractères cliniques et histologiques de la lésion, de son évolution, de sa date d'apparition (incubation de 24 jours environ), de la confrontation, etc., quel sera le diagnostic de tout syphilisgraphe expérimenté et sans parti pris? Ce sera : chancre infectant. Eh bien, j'ai observé ce jeune homme jusqu'à cette époque, 25 mars 1885 (il venait deux fois par semaine me voir et je l'examinais chaque fois des pieds à la tête), et je n'ai rien vu, rien trouvé de suspect ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses, ni du côté des ganglions, ni ailleurs. Je puis en outre affirmer que le jeune homme n'a suivi aucun traitement interne. Ainsi, pendant une période de près de quatre mois, malgré une observation minutieuse faite par moi deux fois par semaine, et tous les jours par le jeune homme que j'avais averti, il n'est rien apparu de suspect; il ne s'est montré aucun phénomène syphilitique. Y a-t-il eu ici éradication totale ou partielle de la syphilis? Celle-ci se montrera-t-elle plus tard ? Peut-être, mais..... mais ce fait ne pas moins fortement étonné (1).

Mais alors, me direz-vous, que faites-vous de vos anciennes objections? Mais, me diront mes savants confrères français (les Docteurs Martineau et Barthélemy), qui ont si énergiquement opposé à Pick et à Unna, au dernier congrès de Copenhague, des objections analogues à celles que j'ai émises dans mon Mémoire de 1881 : Que pensez-vous? où en êtes-vous ? que voulez-vous dire ?

Je n'ose plus rien dire, je doute, mes chers confrères, leur répondrai-je. Et quant à l'objection que j'ai faite en 1881, à Auspitz et Unna, et qui m'a été reprochée par l'Anonyme du Parasitat (Diday) ; à celle que vous-même avez faite au Congrès de Copenhague, à Pick et à Unna, c'est-à-dire d'avoir excisé... autre chose que des chancres, et guéri des véroles imaginaires. Je ne puis plus l'admettre entièrement. Et pour cause. Je suis persuadé avoir excisé un chancre infectant dans le cas que je viens de relater et le malade paraît être jusqu'ici indemne de syphilis. Or, les objections que je faisais à d'autres, je ne puis plus me les faire à moi-même. Ce que c'est, cependant que l'esprit de personnalité. Il en résulte donc que je me suis, à moi-même, forgé les objections que l'on m'appliquera maintenant. (Wer anderen eine Grube gräbt fällt selbst hinein). (Ceci pour nos excellents collègues de Prague et de Vienne.)

Mais ces objections ne peuvent plus me convaincre dans tous les cas, et j'attends la démonstration des re-

(1) J'ai revu ce jeune homme plusieurs fois en 1885 et 1886. Je n'ai jamais pu observer chez lui le moindre signe de syphilis.

cherches de Lustgarten pour nous soumettre tous au tribunal tout-puissant du microbe chargé de donner au morceau excisé son extrait de naissance (1).

Et je dis, attendons; attendons de nouveaux faits. Et tout en attendant, excisons. Mais excisons seulement dans les conditions que je vous ai indiquées, Messieurs, et excisons sans trop d'espoir comme nous y poussent les statistiques. C'est jusqu'ici, à mon avis, la seule éradication que nous puissions oser nous permettre. Si un jour un grand nombre de faits accumulés par d'autres plus hardis que moi viennent montrer que, pour éradiquer sûrement (ou à peu près), il faut enlever non seulement le chancre, mais les ganglions, comme le conseillent déjà plusieurs auteurs, je le ferai; en attendant, bornons-nous à enlever le chancre dans les conditions indiquées plus haut. Mais que cette discussion ait au moins éradiqué de votre esprit certaines idées trop absolues peut-être.

Pour me résumer, le chancre ne paraît pas être, comme on l'a dit longtemps, une manifestation locale d'un état général, le premier des accidents secondaires, comme l'a dit Ricord. Il paraît être la conséquence directe de la pullulation du virus au niveau du point inoculé. Mais quand il se montre, l'organisme est-il déjà infecté ou non? L'est-il en entier ou en partie? Jusqu'où le virus a-t-il pénétré? Jusqu'où, dira Diday, s'étendent les racines du chancre? Nous n'en savons rien. L'existence et l'étendue de ces racines et radicelles doit varier suivant les cas; et l'on ne peut dire, même au début du chancre, jusqu'où le virus a pénétré. Peut-être un jour, lorsque l'on aura trouvé, démontré d'une façon certaine le microbe de la syphilis, aura-t-on un guide. Actuellement, mystère. Mais cependant, dans le doute, lorsque nous sommes dans de bonnes conditions, éradiquons, si le malade le veut, et lorsque nous lui aurons « résumé l'état de la question sur le sujet. » Oui, mais si le malade n'est pas convaincu, *et pour cause*, par ce résumé de l'état actuel de la question? S'il préfère conserver précieusement son chancre, et... un bout de sa petite lèvre ou de son prépuce? Alors, Messieurs, soyez conservateurs. En ceci, comme en toute autre chose d'ailleurs, il ne faut pas blesser l'opinion des gens. Conservez-lui son chancre.

La besogne est facile, car en général vous ne risquez rien, ni le malade non plus. Le chancre tenu proprement, guérit seul.

Donc, dans ce traitement du chancre, dans ce *traitement local et pharmaceutique du chancre*, ne péchez pas par excès de zèle, n'allez pas irriter ce chancre par des cautérisations intempestives avec le crayon de nitrate d'argent, comme on le fait malheureusement trop souvent. Bornez-vous à tenir le chancre proprement, il guérira, il guérira seul. Donc, pansement à l'eau fraîche, pansement à la pommade au calomel, au vin aromatique, à l'iodoforme, etc., tout est bon, tout est excellent, car, je le répète, le chancre guérit seul.

Voici le traitement en usage dans nos salles :

2 fois par jour, 3 ou 4 fois si c'est nécessaire, on panse le chancre avec de la charpie ou du linge fin, légèrement enduit de pommade au calomel, en ayant bien soin, comme il faut d'ailleurs toujours le faire pour tous les syphilômes, d'isoler complètement le chancre ou les chancres d'avec les parties saines ambiantes. 3 à 4 fois par jour, bain de verge ou lotions avec de l'eau tiède légèrement phéniquée ou additionnée de quelques gouttes de coaltar saponiné. Si le chancre est un peu douloureux ou ulcéreux, pansement 2 fois par jour avec de l'iodoforme porphyrisé et recouvrir ensuite la région malade avec une mince couche de ouate. Si un phimosis inflammatoire empêche de découvrir le gland du malade, pour apercevoir le chancre siégeant à la face interne du prépuce ou sur le gland : injections 4 ou 6 fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 30, entre le gland et le prépuce. Si les liquides qui s'écoulent de l'orifice préputial sont abondants et exhalent une odeur un peu putrilagineuse, on fera en outre, entre le gland et le prépuce, une dizaine d'injections avec de l'eau tiède légèrement phéniquée. Dans les cas d'œdème inflammatoire de la verge, faire garder le lit au malade, tenir la verge haute au moyen d'une bande et de compresses, entourer la verge avec des linges trempés dans l'eau blanche. Une fois les phénomènes inflammatoires disparus, on pourra pratiquer la circoncision si c'est nécessaire. Si le chancre tarde à se cicatriser, à se déterger, on le touche légèrement tous les 2 ou 3 jours, avec un crayon de nitrate d'argent ou un peu de teinture d'iode. Quant à l'adénopathie primaire, elle n'exige aucun traitement; si les ganglions étaient douloureux, prescrivez le repos au lit et quelques légers badigeonnages à la teinture d'iode. Recommandez en outre au malade d'éviter tout excès, toute fatigue, l'alcool, le coït, (en faisant valoir à ses yeux, non pas le danger qu'il ferait courir au prochain, cela lui est souvent bien indifférent, mais le danger qu'il court en enflammant son chancre, etc.). Joignez-y un ou deux bains généraux simples par semaine. Voilà pour le traitement local du chancre et de l'adénopathie primaire.

Faut-il donner au malade le traitement spécifique interne lorsque le diagnostic du chancre est certain, bien entendu? Non, pour certains auteurs, et, parmi ceux-ci des syphiligraphes éminents comme Diday. Pour ces auteurs, il faut attendre l'explosion des accidents secondaires (1). Mais, pour d'autres syphiligraphes non moins nombreux et non moins éminents, il faut donner du mercure aux malades dès que le diagnostic du chancre est certain. Telle est entre autres l'opinion de Fournier. Le plus souvent nous adoptons cette manière de faire. Nous reviendrons d'ailleurs dans nos prochaines leçons, sur le traitement général de la syphilis.

(1) Mais la démonstration n'est pas encore faite. Ne voilà-t-il pas que Cornil et ses élèves Alvarez et Tavel (*Académie de médecine*, 4 août 1884), viennent de trouver un bacille *identique* morphologiquement à celui de Lustgarten dans le *smegma preputialis*. — Attendons donc !

(1) Ainsi Diday a publié une statistique de 74 cas de chancres infectants dont 25 ont été traités dès le début par le traitement mercuriel interne, et 49 soumis à l'expectation. Dans la 1re série Diday a noté 5 syphilis fortes ; dans la 2e, 5 syphilis fortes seulement, pour un nombre double de malades. S'agit-il de cas exceptionnels ? De nouvelles recherches s'imposent.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. le professeur Alphonse MILNE-EDWARDS a commencé son cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le lundi 10 mai 1886, à 2 heures, dans la galerie de zoologie du Muséum d'histoire naturelle et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera de *l'organisation et de la classification des oiseaux*. Le cours sera complété par des conférences pratiques, faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie, et indiquées par des affiches spéciales.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 16 mai 1886, à Vanves, Issy, Meudon et Bellevue. Rendez-vous : porte de Versailles, à 11 heures du matin. On sera rentré à Paris à 5 heures.

PATHOLOGIE INFANTILE

De l'incontinence nocturne d'urine essentielle;

Par le Dr H. PICARD.

Pour se faire une idée exacte du mécanisme de l'incontinence nocturne essentielle qui est l'apanage désagréable et à peu près exclusif de l'enfance, , il est indispensable de bien connaître celui de la miction.

Or, l'appareil urinaire a deux fonctions à remplir : *La production de l'urine et son expulsion après un séjour plus ou moins prolongé dans la vessie.* La première n'ayant point rapport au sujet qui nous occupe, nous ne parlerons que de la seconde, qui constitue *la miction.*

Dans l'état normal, l'urine qui remplit la vessie ne peut refluer en arrière par les uretères, parce que la manière dont leurs orifices s'ouvrent dans sa cavité fait qu'ils sont fermés par une sorte de clapet dont l'occlusion est d'autant plus hermétique que l'organe est plus plein.

D'un autre côté, la vessie, quand elle est pleine, se contracte sans que nous en ayons conscience et, en comprimant son contenu contre l'orifice uréthro-vésical qu'elle distend, donne lieu à la sensation, bien connue, du besoin d'uriner.

L'urine, ne pouvant refluer en arrière. va-t-elle s'écouler en avant? Non, et voici pourquoi. D'abord, la tonicité des fibres musculaires lisses du sphincter vésical et de l'orbiculaire uréthral suffisent à la maintenir dans la vessie, quand le besoin n'est pas pressant. Ensuite, si celui-ci s'accentue et que nous voulions y résister, la contraction des muscles de Guthrie et de Wilson vient, sous l'influence de la volonté, renforcer les muscles involontaires et maintenir l'urine dans la vessie. Dans le cas contraire, nous faisons, d'une part, un léger effort qui,en contractant le diaphragme, appuie les intestins sur la vessie et en aide les contractions; d'autre part, nous relâchons les muscles volontaires (de Guthrie et de Wilson) de la partie profonde de l'urèthre, en sorte que les muscles involontaires n'étant plus soutenus, l'urine ne peut qu'être expulsée.

Il y a donc, et ceci est capital pour le sujet dont nous nous occupons, à l'état physiologique, o*pposition* entre l'action de la vessie et celle de l'urèthre : la contraction de celui-ci étant indispensable à la distension de celle-là, pendant sa réplétion ; le relâchement uréthral devant, au contraire, s'effectuer volontairement, quand la vessie se contracte pour uriner. Si peu que l'équilibre soit rompu entre ces deux forces, l'uréthrale qui retient l'urine et la vessie qui l'expulse, la première devenant trop faible ou la seconde trop forte, il y a incontinence.

Or, chez le petit enfant, jusqu'à 15 à 18 mois, cet équilibre est absent, la contractilité de la vessie étant très énergique, alors que celle des sphincters uréthro-vésicaux n'existe pas : les fibres involontaires étant trop faibles et la volonté encore incapable de faire contracter les muscles volontaires. Aussi, dans la première enfance, l'incontinence est-elle *normale* et *diurne* aussi bien que *nocturne.*

Quand l'incontinence se prolonge au delà de 2 ans 1/2 à 3 ans elle est anormale et, chez un enfant de 4 ans, elle est déjà une infirmité. Seulement, elle cesse ordinairement alors, d'être diurne pour rester uniquement nocturne. Toutefois cette prolongation anormale d'un état normal, n'est pas constamment l'origine de l'incontinence nocturne et, assez souvent, on voit des enfants, devenus propres à trois ou quatre ans, recommencer à faire pipi au lit vers 7 ou 8 ans.

Pourquoi l'incontinence cesse-t-elle le jour chez la plupart des enfants qui en sont atteints la nuit? Parce que, dans l'état de veille, la volonté intervient en contractant les muscles uréthraux soumis à son influence. Aussi l'observe-t-on chez les dormeurs profonds que la sensation du besoin d'uriner est impuissante à réveiller. Chez eux, cette sensation monte vers la moelle, qui la conduit, comme toujours, jusqu'au cerveau ; mais celui-ci, rendu insensible par le sommeil, ne la perçoit pas et, par conséquent, ne commande pas la contraction des muscles volontaires. Mais, la moelle, qui perçoit les sensations et y répond aussi bien la nuit que le jour, relâche les fibres musculaires lisses qui lui sont soumises; en sorte que le col n'étant plus fermé ni par les unes, ni par les autres, laisse échapper l'urine, qui s'écoule, dès lors, sans que celui qui la rend en ait conscience. Ceci est si vrai que, chez les enfants de cette catégorie, c'est à l'heure du sommeil le plus profond que l'émission de l'urine a lieu, soit le plus souvent dans la première, soit quelquefois dans la seconde moitié de la nuit. Trousseau cite, à ce propos, un exemple frappant ; celui d'une jeune fille qu'on avait beau réveiller dans la première moitié de son sommeil et qui n'en urinait pas moins au lit dans la seconde, parce que, comme elle le disait elle-même , c'était celle pendant laquelle elle dormait le mieux; ce qui était vrai, car on avait, à ce moment, toutes les peines du monde à la réveiller.

Chez beaucoup d'incontinents urinaires, la contraction vésicale est si énergique et si prompte que l'urine sort presque avant qu'ils aient été prévenus du besoin de la rendre et sans qu'ils puissent en arrêter le cours. Aussi, pendant le jour, si par paresse ou distraction, ces enfants n'obéissent pas au premier avertissement qui les invite à rendre leurs urines, pressés bientôt par le besoin, ils les laissent quelquefois couler dans leurs vêtements. L'équilibre est rompu, la force expulsive de la vessie étant augmentée, tandis que la force retenante de l'urèthre est restée la même ou s'est affaiblie. C'est si vrai que si vous faites uriner devant vous quelques-uns de ces enfants, au moment même du besoin, vous voyez l'urine projetée par une violente impulsion. En outre, si ayant introduit une sonde jusque dans la vessie, vous y poussez doucement une injection, vous la voyez ressortir avec force par l'instrument que vous n'aviez eu, d'ailleurs, aucune peine à introduire ; ce qui prouve expérimentalement la puissance vésicale et la faiblesse sphinctérienne.

Dans certains cas d'incontinence d'urine, le sommeil est normal ; mais la sensation du besoin d'uriner paraît si faible qu'elle est impuissante à faire contracter les sphincters. Dès lors, le même résultat se produit et l'enfant urine sans s'éveiller.

Dans cette espèce d'incontinence, l'urine s'écoule parfois involontairement pendant le jour, mais sans que le jet en soit plus énergiquement lancé qu'à l'état normal. On peut s'en assurer en introduisant une sonde dans la vessie pleine d'urine ; celle-ci en sort presque en bavant.

Qu'elle soit le résultat de contractions vésicales trop énergiques ou d'une impuissance du col, le sommeil trop profond ou la faiblesse de la sensation ne sont pas les seules causes occasionnelles de l'incontinence. Une urine trop dense produit le même effet, parce que son acidité excite la contractilité vésicale et

rend les envies d'uriner plus vives et, par conséquent, plus pressantes. Cette sorte d'urine est facile à reconnaître, même sans pèse-urine, car, ordinairement limpide, quelquefois nébuleuse, au moment de l'émission, elle s'épaissit au fur et à mesure de son refroidissement, en laissant déposer, au fond du vase, une sorte de boue, prise parfois pour du pus, mais constituée par des urates. On le reconnaît à ce que l'urine s'éclaircit quand on la chauffe dans un tube ou une cuiller.

Les oxyures vermiculaires qui habitent le rectum et en sortent la nuit, pour se promener sur les organes génito-urinaires, provoquant, par leurs allées et venues, une irritation qui fait naître les besoins d'uriner et contracter la vessie, agissent à la manière de l'urine acide.

Un prépuce ou un méat trop étroits sont souvent accompagnés d'incontinence d'urine. Mais ici le mécanisme en est différent. C'est généralement une incontinence par regorgement, la vessie est pleine, le petit malade se retenant d'uriner à cause de la douleur que lui cause la miction, en sorte que l'urine s'échappe de temps à autre malgré lui et que si vous le sondez aussitôt après, il en sort beaucoup par la sonde.

L'inflammation de la partie profonde de l'urèthre produit le même résultat; tandis que celle de la vessie ne permet pas à l'urine de s'accumuler dans l'intérieur de cet organe qui l'expulse aussitôt arrivée.

Toutes ces causes ont, en outre, l'inconvénient de provoquer des rêves pendant lesquels l'enfant laisse aller son urine, parce qu'il croit uriner dans son pot ou contre un mur.

Je ne parlerai pas de ces enfants qui pissent au lit par paresse, parce que leur incontinence toute relative n'est pas une maladie, puisqu'elle cesse quand ils le veulent.

Quant à l'état général, a-t-il une influence sur l'incontinence d'urine? les uns le soutiennent, les autres le nient.

Pour moi il est évident que les enfants délicats y sont plus sujets que les autres. Mais une cause indéniable c'est l'*hérédité*. Les enfants de parents nerveux ou atteints d'affections nerveuses y sont, en particulier, certainement plus prédisposés. Cette prédisposition nerveuse ne doit, d'ailleurs, pas surprendre pour une maladie qui n'est, après tout, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de son mécanisme, qu'une névrose de la sensibilité ou de la motilité.

L'incontinence nocturne d'urine cesse ordinairement avec la puberté, mais il ne faut pas compter absolument sur les changements physiologiques qui s'opèrent à cette époque de la vie pour la voir disparaître, car il n'est pas tout à fait rare d'observer des jeunes gens de 20 à 25 ans qui en sont encore atteints, au moins de temps à autre.

Elle n'a, du reste, d'autre inconvénient que celui si désagréable, au surplus, de mouiller les draps et d'entretenir autour du sujet une humidité qui enflamme les parties, les imprègne d'une odeur urineuse des plus désagréables et peut avoir pour conséquence, l'hiver surtout, des rhumes et des bronchites.

On oppose à l'incontinence nocturne d'urine deux médicaments principaux : *la belladone*, quand elle résulte d'une contraction exagérée de la vessie; la *noix vomique*, quand elle provient de la faiblesse des muscles périuréthrax.

Les règles d'administration de la belladone ont été posées par Trousseau. Ce médecin commençait par donner une pilule de 1 centigramme d'extrait de belladone le soir, au moment du coucher, pendant plusieurs jours; puis, sans se laisser arrêter par la cessation ou la persistance de la maladie, il augmentait progressivement les doses du médicament, qu'il poussait jusqu'à 6, 7, 8, 9, 10 et même 15, 20 centigrammes, et cela, pendant un mois ou deux, quand bien même la guérison était obtenue et si cependant il n'y avait pas intolérance. Trousseau a quelquefois remplacé l'extrait de belladone par l'alcaloïde de cette plante l'*atropine*, médicament dangereux qu'il donnait en sirop, et qu'il vaut mieux laisser de côté. Si les pilules de belladone ne pouvaient être avalées on les remplacerait avantageusement par le sirop suivant, dont la formule est due à Jules Simon : sirop de belladone et sirop de tolu, 60 grammes de chaque. A un enfant de 4 ans, l'habile médecin que nous venons de nommer en donne 2 cuillerées à café, une le matin et une le soir.

La belladone agit en produisant la diminution de la sensibilité, la paresse du mouvement, la résolution musculaire et le ralentissement de la sécrétion urinaire, double action qui concourt à la guérison.

Malheureusement, la belladone n'étant pas toujours supportée, parce qu'elle provoque une sorte d'ivresse, de l'insomnie et de la congestion de la face et des yeux, on est forcé de la remplacer. On peut alors avoir recours au bromure de potassium, qu'on administre en solution, en sirop ou en poudre. Étant admis qu'une cuillerée d'eau pèse 15 grammes et une cuillerée de sirop 20 grammes, on compose la solution ou le sirop de telle sorte qu'une cuillerée de l'une ou de l'autre renferme 25 centigrammes de bromure pour un enfant de 4 ans et 50 centigrammes pour un enfant de 12 ans. On administre une, deux, trois et même quatre cuillerées du médicament qui n'est, d'ailleurs, pas dangereux, en surveillant l'effet, de manière à ne pas trop déprimer l'individu. Le bromure peut aussi être divisé en paquets qu'on fait dissoudre et prendre dans du bouillon, ce qui constitue un mode facile d'administration.

La noix vomique s'administre, chez les enfants, en sirop contenant en dissolution l'*alcaloïde* de ce médicament sous forme de sel, le *sulfate de strychnine*. On prescrit : sulfate de strychnine 5 centigrammes, sirop de sucre 100 grammes, qui contiennent *à peu près* 20 cuillerées à café. Il en résulte que chaque cuillerée à café renferme à peu près 2 milligrammes 1/2; une cuilerée à dessert, qui en est le double, 5 milligrammes et une cuillerée à bouche 1 centigramme de sulfate de strychnine, puisqu'elle contient quatre cuillerées à café ou deux cuillerées à dessert.

Chez les enfants de 5 à 10 ans, on commence, le premier jour, par administrer deux cuillerées à café, une le matin, une le soir pendant deux jours. Si cette dose est bien supportée, on laisse deux jours de repos et on augmente d'une cuillerée à café, c'est-à-dire qu'on donne trois cuillerées à café pendant encore deux jours; puis, après un nouveau repos de deux jours, on administre quatre cuillerées à café et, ainsi de suite, jusqu'à six, mais en ayant soin d'espacer exactement les intervalles séparant l'administration des cuillerées.

Cette dose atteinte, on substitue une cuillerée à dessert à une cuillerée à café et, en suivant les mêmes règles, on arrive à six cuillerées à dessert (60 grammes de sirop, 3 centigrammes de sulfate de strychnine). Enfin on remplace une cuillerée à dessert par une cuillerée à bouche, en augmentant de même, de manière à donner : 50, 60, 80, 120 grammes de sirop, c'est-à-dire 3, 4 et jusqu'à 6 centigrammes de sulfate de strychnine.

Au-dessus de 10 ans, on commence par la cuillerée à dessert et on arrive de la même manière jusqu'à 200

grammes de sirop, c'est-à-dire 10 centigrammes de principe actif.

La strychnine a pour propriété d'augmenter les actions réflexes. Celles-ci étant plus vives, les mouvements ou contractions qui en résultent deviennent plus énergiques. Aussi le sujet auquel on administre ce médicament devient-il bien plus sensible aux phénomènes extérieurs qui produisent sur lui une impression des plus vives, surtout si les doses ont été fortes et longtemps continuées. Dans ces circonstances, il peut se manifester des spasmes, des convulsions que le moindre attouchement, le moindre bruit suffisent à provoquer.

Il en résulte que la plus grande attention doit présider à l'administration de la strychnine, qu'on doit interrompre si le malade se plaint d'un peu de raideur dans les mâchoires et les muscles du cou, de mal de tête, de troubles de la vue ou de vertiges.

Il faut encore savoir qu'il y a des susceptibilités particulières pour ce médicament et que certains enfants ne le supportent pas, même à petites doses. On ne doit pas non plus ignorer qu'il a la propriété de *s'accumuler*, c'est-à-dire de ne donner lieu à aucun phénomène pendant les premiers temps de son administration, pour se révéler ensuite tout à coup par des manifestations inquiétantes. Aussi faut-il de temps à autre en interrompre l'usage pour lui laisser le temps de s'éliminer.

En somme, le sirop de strychnine, bien qu'il ait été préconisé par Trousseau, qui a tracé les règles, d'ailleurs assez délicates, de son administration, n'est pas un médicament d'une pratique facile. Aussi l'a-t-on justement abandonné pour lui substituer le seigle ergoté, qui a, comme la strychnine, la propriété de faire contracter la fibre musculaire. On le donne en poudre, 20 centigrammes matin et soir, délayé dans de l'eau sucrée ou enveloppé dans du pain azyme, pour un enfant de 4 ans, et on augmente les doses avec l'âge; 25 centigrammes à 5 et 6 ans; puis 30 et jusqu'à 50 centigrammes, matin et soir, pour un enfant de 14 à 15 ans. Ces doses peuvent être continuées pendant 10 ou 15 jours et reprises, après interruption de quelques jours et cela pendant un mois, temps au bout duquel le médicament a produit tout son effet.

La poudre de seigle ergoté pourrait être remplacée par l'ergotine en pilules de 10 centigrammes, dont on ferait prendre 2, 3 et même 5 par jour, à intervalles égaux.

Dans certains cas, où l'augmentation de la contractilité vésicale paraît concorder à une faiblesse des muscles de l'urèthre, on peut très bien associer la strychnine ou mieux le seigle ergoté à la belladone.

Je ne dois pas passer sous silence, à propos de l'incontinence par atonie, l'*eau de Contrexeville*. Les exemples ne sont pas tout à fait rares, en effet, d'enfants de 4 à 5 ans que l'usage de cette eau, à la dose d'une demi-bouteille par jour, soit à la source, soit en ville, a guéri complètement en quelques jours.

Mais de tous les moyens, le plus employé actuellement et probablement le plus efficace contre l'incontinence par insuffisance des muscles uréthraux, est l'électricité induite. Les deux poles peuvent être appliqués sur la peau, l'un au périnée, l'autre sur le ventre au niveau de la vessie ou dans le rectum. Le docteur Grusse, médecin du lycée de Vanves, a obtenu de nombreux succès par ce moyen. En cas d'échec, on introduit l'un des poles dans la région membraneuse de l'urèthre, l'autre restant appliqué sur l'hypogastre, le périnée ou dans le rectum. Le pole introduit dans l'urèthre est terminé par une tige mince et flexible, formée de cinq ou six fils très fins en laiton recouverts d'un tissu en gomme élastique et munie, à l'une de ses extrémités, d'un crochet également en laiton; à l'autre, d'une olive de même métal et d'un volume proportionné au diamètre du canal. Le pôle qu'on applique à l'extérieur se termine par une plaque de laiton recouverte de peau ou, une olive de même métal si on l'introduit dans le rectum. L'électricité est produite par une petite machine d'induction.

La tige flexible étant accrochée à l'un des pôles et son olive introduite dans la région membraneuse, tandis que la plaque métallique de l'autre pôle est appliquée sur l'hypogastre ou le périnée ou l'olive introduite dans le rectum, on fait passer le courant pendant deux à cinq minutes et on recommence ainsi tous les jours ou tous les deux jours.

Cette méthode pourra effrayer les enfants et leurs parents, mais à tort; car elle n'est pas douloureuse. Son effet, quand elle doit guérir, est presque immédiat et, si elle échoue, elle soulage le plus souvent.

Le fer sous forme de *peptonate* est un médicament à administrer simultanément au seigle ergoté, à la strychnine, à l'électricité; car si ces agents tonifient spécialement la fibre musculaire, celui-ci fortifie l'individu tout entier en reconstituant les globules sanguins.

L'*hydrothérapie*, comme le fer, est un tonique puissant, mais qu'on doit administrer avec prudence.

A côté de l'hydrothérapie, se placent les bains de mer pour les sujets lymphatiques ou scrofuleux, et les bains sulfureux pour les enfants nerveux.

Si l'incontinence paraissait être le résultat d'une inflammation de la vessie, le meilleur moyen de la faire disparaître serait d'injecter dans cet organe quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent de $\frac{1}{200}$ à $\frac{1}{500}$.

Les boissons délayantes ou le bicarbonate de soude conviendraient aux urines trop denses ou trop acides.

Ai-je besoin d'ajouter qu'on devra faire manger le soir les enfants de bonne heure, et les empêcher de boire en trop grande quantité.

On cherchera à se rendre compte exactement de l'heure à laquelle ils font pipi au lit, de manière à les réveiller en temps opportun. Dans le jour même, on aura soin de les faire uriner aux mêmes heures, en espaçant les mictions le plus possible, de manière à habituer la vessie à maintenir l'urine pendant longtemps.

Enfin, si l'enfant urine par paresse, on lui administrera, sans crainte, quoique prudemment, une correction. C'est un moyen des plus efficaces et dont Trousseau cite un exemple probant, celui d'une grande jeune fille à laquelle le fouet appliqué par une mère énergique produisit plus d'effet que tous les médicaments.

EXPOSITION D'HYGIÈNE URBAINE. — Organisée par les soins de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, cette exposition, ouverte à partir de jeudi 6 mai, à 2 heures de l'après-midi, à la caserne Lobau, derrière l'Hotel-de-Ville, durera pendant tout le mois de mai. La première journée a été exclusivement réservée à la presse. A partir du lendemain, le public a été admis à visiter l'exposition, de 10 heures du matin à 6 heures du soir, et il en sera ainsi jusqu'à la fermeture. Nous ne saurions trop encourager nos lecteurs, qui le peuvent, à visiter cette très intéressante exposition. — L'exposition d'hygiène urbaine, installée à la caserne Lobau par les soins de la Société de Médecine publique, a déjà reçu plus de 10.000 visiteurs. Elle est dès maintenant ouverte tous les soirs, et il fait trois fois par semaine, à 8 h. 1/2, une Conférence sur un sujet d'hygiène. — Tous les jours, à 2 h. 1/2 de l'après-midi, et à 8 h. 1/2 du soir, des Conférences-Promenades sont faites par des Membres de la Société de Médecine publique. — Tous les visiteurs sont admis à suivre ces conférences.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de pneumonie typhoïde ;

Par MM. les Drs J. COMBY et COULON.

Paris vient de subir une épidémie de pneumonies des plus meurtrières ; en 40 jours, du 1er mars au 10 avril 1886, la pneumonie a causé 817 décès. Ce chiffre énorme est peut-être encore inférieur à la réalité, car il ne comprend pas les décès nombreux rangés sous la rubrique : *Broncho-pneumonie*. On ne saurait être taxé d'exagération en évaluant à 1,000 environ le nombre des victimes de la *pneumonie* pendant le mois de mars et le premier tiers du mois d'avril de cette année 1886 qui se signale par sa mortalité excessive.

Nous n'avons pas la prétention d'indiquer dans cette courte note les caractères généraux des pneumonies observées à Paris pendant cette période ; nous ne sommes pas suffisamment renseignés pour apprécier et décrire les allures et la malignité insolites de la plupart des cas. Nous voulons simplement relater un exemple qui nous a paru digne de la publicité. Sans entrer dans la discussion de la *pneumo-typhoïde*, du *pneumo-typhus*, etc., nous rappellerons que la *pneumonie typhoïde* a été décrite par plusieurs auteurs et que les deux observations publiées par MM. Hayem et Gilbert (*Archives gén. de méd.*, mars 1884) sont celles qui se rapprochent le plus de notre cas.

OBSERVATION. *Garçon de 15 ans. Invasion par céphalalgie, frissons, nausées. Pendant 4 jours, état typhoïde très prononcé. Pas de signes physiques, pas de toux, pas d'expectoration. — Au quatrième jour, signes de pneumonie droite. — Guérison le septième jour.*

R..., Paul, âgé de 15 ans, n'est à Paris que depuis un an ; c'est un garçon laborieux qui suit assidûment sa classe et qui, paraît-il, s'est surmené pour obtenir les premières places et les meilleures notes. Ce facteur étiologique (acclimatement et surmenage cérébral) ne doit pas être négligé. Au mois de janvier 1886, notre sujet, bien portant jusqu'alors, est pris brusquement, à la suite d'un refroidissement, d'une paralysie faciale qui ne tarde pas à disparaître sous l'influence des courants faradiques.

Dans la nuit du 23 au 24 mars, R... souffre d'un malaise subit accompagné de frissons. Cependant, la veille au soir, il avait ressenti un mal de tête assez violent pour l'obliger à quitter la classe et à s'appliquer sur le front des compresses d'eau froide. Le 24 mars, à une heure de l'après-midi, l'un de nous constate les symptômes suivants :

Céphalalgie atroce, frissons répétés pendant plus de quatre heures, point de côté très douloureux siégeant derrière le mamelon droit et occupant dans l'aisselle la largeur de la paume de la main. La pression à ce niveau est pénible et la respiration en est gênée. Du côté des voies digestives, on note une anorexie absolue, de la diarrhée avec gargouillement iliaque, des nausées sans vomissements. *Il n'y a pas de toux, pas le moindre crachat.* La percussion donne partout une sonorité normale ; l'auscultation la plus minutieuse ne révèle pas de bruits anormaux, la respiration est seulement un peu plus courte à droite à cause de la douleur. Rien au cœur, rien dans les urines. Température axillaire le 24 mars, 39°,4.

L'administration d'un vomitif ne soulage pas le malade et ne fait pas disparaître cet abattement, cet état typhoïde si accusé qu'il présente dès les premiers jours. Le 25 mars, la température axillaire est de 40°,4 à 2 heures du matin, 39°,6 à 9 heures, et 39°,4 à 8 heures du soir. Le maximum thermique est donc atteint dans la matinée ; ce fait a été relevé tous les jours jusqu'à la fin de la maladie. Une injection de morphine (1/2 centigramme) dissipe la douleur de côté. Cependant l'état typhoïde se prononce de plus en plus, le sujet est prostré et répond à peine aux questions qu'on lui pose, sa langue est sèche et raccornie ; son abattement est tel qu'il ne peut se tenir assis sur son lit. Il n'y a pas encore de toux ni d'expectoration. Un délire tranquille analogue à la typhomanie se montre par instants. Le 26 mars, un purgatif est prescrit ; la température qui est de 40°,4 le matin, s'abaisse à 37°,8 ; le délire augmente et le malade ne reconnaît plus ceux qui l'entourent. Le point de côté n'existe plus, la langue est couverte de fuliginosités. Un nouvel examen fait en commun dans le but de trouver dans la poitrine la raison des phénomènes observés reste absolument négatif. La palpation, la percussion, l'auscultation de tous les points du thorax, des bases, des sommets, des aisselles, ne nous donnent rien. D'autre part, le malade continuant à ne présenter ni toux, ni crachats, nous en arrivons à conclure à l'existence d'une *fièvre typhoïde* à invasion un peu exceptionnelle.

Prescription : Affusions froides, lavements froids, potion avec 50 centigrammes d'antipyrine, régime lacté, bouillon, cognac. La température tombe momentanément le soir à 37° pour remonter le 27 mars au matin à 40°,5. A ce moment, le diagnostic devient possible ; on trouve en effet plusieurs signes nouveaux qui permettent d'affirmer l'existence d'une pneumonie droite. C'est d'abord l'herpès labialis qui a surgi pendant la nuit, puis la toux sans expectoration, et surtout une zone de matité avec souffle tubaire dans l'aisselle droite.

Le 28 mars, apparition des râles crépitants, amélioration de l'état général, la langue redevient humide, le sommeil remplace l'agitation et le délire. Enfin, des crachats rares, épais, collants, rouillés, se montrent pour la première fois (6e jour de la maladie). La matité, le souffle, les râles crépitants persistent jusqu'au 30 mars ; à partir de ce jour, tous les signes physiques diminuent, la température ne dépasse plus 37° et la guérison est assurée. Le 8 avril, le malade a pu sortir, tout est fini.

Voilà donc une pneumonie dont l'évolution totale n'a pas dépassé la durée habituelle des pneumonies franches (7 jours). Or, pendant 4 jours, le diagnostic reste en suspens à cause de l'absence de tous les signes de la pneumonie et de la présence d'un *état typhoïde* inquiétant. Au 5e jour seulement apparaissent le souffle, la matité, la toux, l'herpès labialis ; au 6e jour seulement se montrent les crachats rouillés. Enfin la défervescence a lieu le 7e jour. Telle est la *pneumonie typhoïde* dans une de ses formes bénignes, curables, typiques.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 4 mai 1886, MM. Duberge et Ardouin ont été promus au grade de médecin principal de la marine.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour une place de médecin du bureau central.* — Les 51 candidats du concours pour deux places de médecins des hôpitaux de Paris, sont : MM. les docteurs Babinsky, Barthélemy, Béclère, Beringier, Bourcy, Buzot, Capitan, Charrin, Darier, Decaisne de Gemmes, Delpeuch, Dreyfous, Dupleix, Faucher, Galliard, Gallois, Gauvras, Gaucher, Gilbert, Giraudeau, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Lebreton, Lejard, Leroux (Charles), Leroux (Henri), Liandier, Lorey, Legendre, Marie, Martin, Martinet, Matheca, Netter, Œttinger, Pennel, Petit, Richardière, Robert, Robin, Sncd..., Stackler, Thibierge et Variot. Le jury se compose de MM. B[illegible], Damaschino, Daulos, Desnos, Féréol... Desprès, Hallopeau et Landouzy.

MARSEILLE MÉDICAL. — La direction de ce recueil mensuel vient d'être confiée à notre distingué confrère M. le Dr LIVON.

PROFESSEURS D'HYGIÈNES DANS LES ÉCOLES MOYENNES DE LA HONGRIE. — Chaque école aura son médecin qui, tout en n'ayant que voix consultative, devra inspecter et surveiller tout ce qui concerne l'habitation, l'instruction et la tenue des élèves. Deux heures par semaine ce médecin fera un cours d'hygiène en des termes tels que les élèves de VIIe et VIIIe classes, puissent suivre et retenir des éléments qui leur seront présentés sans être obligés de faire des devoirs : Ce cours est facultatif pour ces enfants.

Cette réforme est excellente et montre combien nous avions raison de répondre aux quolibets qu'on nous adressait au sujet du programme de l'enseignement des écoles d'infirmières ; mais il s'agit là de notions qui devraient être — et qui seront — enseignées dans toutes les écoles primaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Assainissement de la Seine : procédé Defosse pour l'épuration des eaux d'égout. — A propos du projet d'Achères.

Nous avons déjà parlé ici même (1) de l'épuration des eaux d'égout par le sol, et indiqué les avantages que présenterait, pour l'assainissement de la Seine, la réalisation du projet de loi tendant à amener, sur les terrains domaniaux d'Achères, les eaux d'égout que le sol de Gennevilliers est impuissant à absorber. Nous avions fait observer, en passant, qu'aucun des procédés dits *mécaniques* ou *chimiques* jusque alors employés, n'avait réussi à faire des eaux une épuration assez complète pour qu'elles pussent sans danger être, après leur traitement, rejetées dans le lit du fleuve.

Un inventeur cependant, M. Defosse, prétend avoir trouvé le moyen d'arriver, par un emploi mieux combiné de ces procédés, à une épuration suffisante pour satisfaire aux vœux des hygiénistes. Sur l'invitation de M. E. Seguin, qui préconise le système de l'inventeur, et qui avait déjà remis à la Commission parlementaire chargée d'examiner le projet de loi d'Achères, une note sur un procédé d'épuration par la tourbe, nous sommes allé à l'usine municipale de Clichy voir fonctionner ce système.

Il consiste dans l'emploi *simultané* des procédés mécanique et chimique : les eaux d'égout, après traitement par la chaux, le sulfate d'alumine, le permanganate de potasse, filtrent au travers de briques concassées; elles sont traitées, à la suite de ce filtrage, par d'autres réactifs que ne nomme pas l'inventeur, et enfin filtrées de nouveau au travers d'une couche de tourbe. Témoin de l'expérience, nous avons pu constater que les eaux sortaient parfaitement *clarifiées* et sans odeur appréciable; mais nous ignorons si elles sont *épurées*, l'analyse de ces eaux clarifiées n'ayant pas été faite. L'inventeur assure qu'elles peuvent être, telles quelles, rejetées sans danger dans le fleuve; l'analyse seule pourrait confirmer ce dire, et nous attendrons, pour nous prononcer sur l'efficacité du système, que cette analyse ait été faite.

Sans méconnaître nullement l'intérêt qui s'attache au procédé de M. Defosse, nous ne pouvons pas ne pas exprimer dès aujourd'hui, et quel que soit le résultat de l'analyse dont nous parlons, quelques craintes au sujet de l'application de ce système : l'expérience se fait ici tout à fait en petit, dans une caisse de 2m 50 à 3m de longueur ; réussira-t-elle aussi bien quand il faudra traiter journellement des centaines de mille mètres cubes d'eaux ? On sait combien les applications en grand démentent souvent l'espoir que l'on avait fondé sur des expériences de laboratoire. D'un autre côté, n'est-il pas à craindre que l'emploi de tous ces réactifs (permanganate de potasse, sulfate d'alumine, chaux, sans compter les autres réactifs connus de l'inventeur seul) n'entraîne une dépense que ne parviendra pas à couvrir la vente des résidus ou de la tourbe enrichie par la filtration ? Comment encore empêcher les odeurs méphitiques que ne pourront pas manquer de produire les 3 à 400 mille mètres cubes traités journellement dans ces appareils ? etc., etc.

Nous avons fait part de ces craintes à l'inventeur qui, si nous avons bien compris ses explications, les traite de chimériques. Nous ne demandons pas mieux que de nous laisser convaincre, et nous attendrons, pour nous prononcer définitivement, les effets de l'expérience, relativement en grand, qu'il se propose d'installer prochainement à cette même usine de Clichy.

Parmi les visiteurs assez nombreux qui étaient venus, comme nous, assister aux expériences, nous avons pu reconnaître MM. Hély d'Oissel, Fr. Passy, membres du Conseil général de Seine-et-Oise, Rabot, président du Conseil d'hygiène et de salubrité du même département, qui s'intéressent si vivement, en raison même de leurs fonctions, aux questions se rattachant à l'épuration des eaux d'égout. Il s'est élevé entre tous ces Messieurs une discussion naturellement inspirée par l'expérience qui se passait sous leurs yeux, sur le projet d'Achères dont, comme l'on sait, est actuellement saisi le Parlement; et il nous a été donné de constater hélas ! combien il subsiste encore, même dans un public d'élite, d'erreurs ou de préjugés sur l'utilisation agricole des eaux d'égout. N'avons-nous pas entendu l'un de ces Messieurs soutenir que la seule solution répondant à tous les *desiderata* formulés par les hygiénistes pour l'assainissement de la Seine, c'était la construction d'un canal de Paris à la mer ? Et il nous a semblé que MM. Frédéric Passy et Hély d'Oissel n'étaient pas éloignés d'accorder leur haut patronage à une telle solution ! M. Rabot, au contraire, si nos souvenirs sont exacts, s'est rallié au projet d'Achères, à la condition de déverser plus loin les eaux qui n'auraient pas pu être absorbées par les terrains domaniaux.

Chose étonnante, nous avons entendu contester là la plupart des résultats acquis par l'expérience de Gennevilliers : les quantités d'eaux d'égout absorbées par les terrains de Gennevilliers sont beaucoup moins grandes que ne le disent les ingénieurs de la Ville, qui « mentent effrontément » (Le mot a été dit par un des assistants dont le nom nous est inconnu), et au lieu des 8.000 à 10.000 hectares, dont parle l'Administration, nécessaires pour épuiser totalement les eaux-vannes de Paris, il faudra arriver à 100,000 hectares ! « Aussi se bornera-t-on, continuait notre orateur, à déverser sur les terrains d'Achères une partie infime des eaux envoyées par la capitale, sauf à rejeter en Seine l'excédent, reportant ainsi plus en aval l'infection que l'on aura seulement déplacée. On sait, en effet, et les ingénieurs seuls l'ignorent parce qu'ils le veulent bien, qu'à Gennevilliers les terrains ont été colmatés à la longue par les matières, et que les eaux ne filtrent plus à travers ces terrains que dans de très faibles proportions ; d'où résulte la formation d'étangs d'eaux-vannes qui infestent la contrée. A l'étranger, d'ailleurs, quoi qu'en disent les ingénieurs, le système d'épuration par le sol n'a pas réussi. Et l'on s'étonne, continuait-il, que nous nous opposions à cette solution, qui est un véritable « crime » ! — « D'ailleurs, disait un autre, l'opération est illégale puisqu'elle n'a pas été précédée d'une enquête, et nous

(1) Bulletin du *Progrès médical* du 16 janvier 1886.

espérons que la Chambre fera prompte justice d'un projet conçu dans de telles conditions. »

Telles sont, sinon dans les termes au moins dans le fond, les opinions émises, à notre grande surprise, sur ce malheureux projet d'Achères, par ce public spécial dont nous parlions plus haut, et qu'on aurait pu croire mieux éclairé.

Ces Messieurs n'ont donc pas lu le rapport fait par M. Bourneville au nom de la Commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi ayant pour objet l'utilisation des eaux d'égout sur les terrains d'Achères ? Ils n'ont pas lu davantage les discussions qui eurent lieu au sein de la 4e sous-commission émanant de la *Commission technique de l'assainissement de Paris*, et notamment celle qui s'acheva au sujet d'une lettre de M. Ronna, membre de cette même Commission, où il émettait quelques-unes des opinions que nous résumions tout à l'heure. Nous les renvoyons à ces documents où ils pourront lire les chiffres fournis par M. Hervé Mangon, sur la consommation prodigieuse, en eaux, et la non moins prodigieuse absorption des prairies des Vosges; ils y verront les observations présentées sur le même sujet par M. Durand-Claye, pages 29 et suivantes du procès-verbal de la séance du 10 février 1883 (4e sous-commission). Qu'ils lisent également les explications données par ce même ingénieur, en réponse aux assertions produites par MM. Journault, député de Seine-et-Oise, et Duverdy, secrétaire du comité de défense de la forêt de Saint-Germain, dans la séance de la même sous-commission, le 2 décembre 1882; ces assertions ressemblent, à s'y méprendre, à celles que nous avons entendu émettre à l'usine de Clichy, et nous espérons qu'après cette lecture il ne subsistera plus de doute dans l'esprit de nos visiteurs, à moins..., à moins que les ingénieurs de l'Administration ne donnent des chiffres sciemment falsifiés, comme on l'a affirmé devant nous. Mais alors, Messieurs, faites faire une enquête contradictoire, et demandez la révocation de ces ingénieurs qui abusent de la crédulité publique, au point de prétendre démontrer, pour se débarrasser des eaux d'égout, qu'il est plus simple d'aller à Achères qu'à la mer, et qui accumulent mensonges sur mensonges pour accréditer cette opinion étrange !

Il nous a paru inutile de répondre ici directement à aucune des assertions que nous avons entendu émettre à Clichy : ces objections ont été présentées depuis longtemps, et depuis longtemps aussi il y a été victorieusement répondu, soit dans le rapport de M. Bourneville, soit ailleurs. Quant à l'objection tirée de l'illégalité du projet de loi, nous ne nous y arrêterons pas davantage car elle ne nous paraît véritablement pas sérieuse.

A. Pujol.

La chirurgie d'armée au Tonkin.

En même temps qu'elle nécessitait de la part de nos officiers l'étude d'une tactique nouvelle, la guerre du Tonkin plaçait nos médecins militaires dans des conditions assez différentes de celles qu'ils avaient coutume de rencontrer sur les champs de bataille européens. Ce n'était plus seulement contre les hémorrhagies, les complications des plaies, que les blessés avaient besoin d'être défendus. La convention de Genève n'était pas là pour assurer sous son pavillon bienfaisant la neutralité des ambulances et la sécurité de leur personnel : plus d'une fois nos médecins ont eu à employer également leurs armes et leurs instruments, et bien souvent les éloges qu'ils ont reçus s'adressaient autant à leur courage qu'à leur habileté. A ces difficultés venaient en outre s'en ajouter beaucoup d'autres tenant soit à la manière de combattre des Chinois, soit au piteux état des moyens de communication, soit à l'impossibilité d'évacuer par voie de terre la plupart des malades sur des hôpitaux de réserve. Malgré son insuffisance numérique, notre service de santé militaire a su rapidement se plier à toutes ces modifications : peut-être même eût-il obtenu des résultats plus heureux si la direction n'avait pas été tour à tour partagée entre la marine et l'armée de terre.

Un des médecins les plus jeunes et les plus distingués de l'expédition, M. le Dr H. Nimier, vient d'exposer dans un travail d'une lecture fort intéressante, les conditions particulières dans lesquelles le corps médical a dû opérer au Tonkin (1). Ce n'est pas du côté de la forme des blessures que l'auteur a pu relever des modifications appréciables, car les armes chinoises sortaient presque toutes des ateliers européens et américains, mais il a constaté que la disposition à deux étages de feu des forts ennemis augmentait sensiblement la proportion des atteintes aux membres inférieurs. Ces dernières étaient encore rendues plus nombreuses par la présence à fleur de terre de bambous dont les Chinois garnissaient les abords de leurs fortifications : l'extrémité acérée, et même quelquefois empoisonnée, de ces pieux était particulièrement redoutable pour les tirailleurs tonkinois qui marchaient pieds nus.

Pendant l'action, le médecin de corps, avec ses brancardiers, ses coolies porteurs de brancards et sa cantine médicale, installait ses postes de secours et donnait les premiers soins aux blessés : ceux-ci étaient ensuite envoyés dans une ambulance, c'est-à-dire dans une pagode, dans une case ou dans une tente disposée pour cet usage. Le service des évacuations fut toujours difficile à organiser ; on ne pouvait guère compter sur le transport à dos d'homme car, à cause de leur peu de vigueur, il aurait fallu quatre annamites pour enlever un seul homme. Les Chinois, il est vrai, paraissaient se servir de ce procédé ; M. Nimier rapporte que chez eux chaque combattant était accompagné de deux coolies porteurs de ses vivres et de ses munitions : dès qu'il était frappé d'un projectile, ses deux *varlets* lui passaient dans la ceinture un long bambou auquel ils l'attachaient par les mains et les pieds pour l'enlever ainsi du lieu du combat. Ce système était évidemment impraticable parmi nos troupes; il fallait trouver mieux. C'est alors que l'on songea à utiliser les routes naturelles formées par le magnifique réseau fluvial du Delta et à évacuer les malades au moyen de jonques et de sampans. Plusieurs fois ce furent nos propres canonnières qui servirent ainsi d'ambulances : dans tous les cas le transport par eau rendit toujours de très grands services.

Pour la première fois, dans notre armée, les médecins

ont fait au Tonkin de l'antisepsie en campagne. Les blessés arrivaient à l'ambulance couverts d'un simple pansement de charpie imbibée d'une solution phéniquée. Immédiatement la plaie était lavée et garnie de gaze de Lister, puis entourée d'une large plaque d'ouate maintenue par une bande : la lésion se trouvait ainsi protégée contre les contacts extérieurs et soumise à une compression élastique et légère. Enfin la région était immobilisée autant que possible : après douze heures, toute blessure avait ainsi reçu les soins nécessaires. Dans ces conditions, M. Nimier se demande si la cartouche de pansement dont on veut charger le soldat devient réellement utile : il démontre que le blessé pourra difficilement prendre lui-même ce paquet et que dans tous les cas il lui sera le plus souvent impossible de l'appliquer à lui seul. Aussi il affirme énergiquement l'inutilité de cette innovation et il propose que l'on augmente dans les cantines médicales le nombre des pansements complets, capables d'être immédiatement mis en place.

Quoi qu'il en soit, au point de vue de l'antisepsie, de l'évacuation des malades, du transport des pièces de pansement, la guerre du Tonkin a modifié le rôle du service médical dans les armées. Aussi il y aurait lieu de tenir compte des renseignements fournis par M. Nimier, si de nouvelles complications surgissaient pour nous dans l'Extrême-Orient.

Hôpital Bichat : Ouverture du cours de M. H. Huchard.

Dans cette première leçon, M. Huchard nous montre par différents exemples empruntés à la clinique combien est grande en thérapeutique l'importance des indications. Là, pas de règles absolues ; il faut s'inspirer de l'état particulier de chaque malade : comme preuve, le professeur examine les indications de la digitale qui, en somme, est le médicament de toutes les affections cardiaques, mais à un certain degré, différent pour chacune d'elles. Inutile dans la période d'eusystolie, insuffisante dans celle d'asystolie, nuisible à celle d'hypersystolie, elle devient au contraire le médicament par excellence à la période d'hyposystolie. Ses indications générales doivent être surtout basées sur la quantité des urines en même temps que sur les caractères du pouls. Dans d'autres exemples, M. Huchard nous montre l'importance de l'indication thérapeutique tirée de l'état constitutionnel du sujet, de la diathèse ; il s'élève contre les traitements locaux exclusifs comme l'abus des cautérisations dans les métrites des arthritiques où elles sont souvent nuisibles, tandis qu'elles peuvent rendre des services dans les métrites des sujets scrofuleux ; il rappelle la coïncidence des névroses, de l'hystérie par exemple, avec l'arthritisme, la tuberculose, la scrofule, chacune de ces diathèses entraînant des indications thérapeutiques spéciales. A propos des maladies infectieuses, le professeur, tout en reconnaissant la grande importance des nouvelles découvertes en la matière, pense que les déductions thérapeutiques qu'on peut en tirer nous entraînent peut-être trop loin. Il faut se défier des systèmes, ne pas être exclusif, mais faire de l'*opportunisme thérapeutique* en cherchant à frapper à coup sûr et non en marchant au hasard sur de simples données théoriques. « Un peu moins de science, un peu plus d'art », a dit Trousseau, et l'art du médecin consiste, en somme, dans la connaissance exacte de l'indication thérapeutique.

École d'anthropologie : Ouverture du cours de M. Mathias Duval.

Le samedi, 7 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, M. Mathias Duval a recommencé son cours sur l'embryologie comparée.

Accueilli par les applaudissements sympathiques d'un public nombreux, le professeur a exposé le programme du cours de cette année : il traitera surtout de la formation des feuillets blastodermiques et de la théorie de la gastrula. La première leçon a été consacrée à l'étude du développement des feuillets blastodermiques dans la série animale ; après avoir mis ainsi, dans une revue claire et rapide, les auditeurs au courant de la question, M. Mathias Duval a commencé aussitôt l'histoire de la formation de ces feuillets et de leur inversion chez les rongeurs. M. Mathias Duval a le génie de l'exposition claire, facile, nette, formulée en langage élégant et pur ; si aride que soit le sujet, il sait le rendre agréable et le faire comprendre.

Nous ne saurions trop engager les élèves et les médecins à suivre ce cours d'embryologie ; le sujet est aussi intéressant que peu connu. Le professeur ne se contente pas d'exposer l'état actuel de la science ; à chacune de ses leçons il ajoute le résultat de ses recherches personnelles ; il contrôle avant d'affirmer. Ainsi compris et pratiqué l'enseignement de l'embryologie devient un enseignement fructueux, plein de charme et d'intérêt.— Les cours de M. Mathias Duval ont lieu le lundi et le vendredi à deux heures dans l'amphithéâtre de l'école d'embryologie (musée Dupuytren). P.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 mai 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vignal, étudiant l'*endothélium de la paroi interne des vaisseaux des invertébrés*, a vu que ces conduits sont tapissés d'un endothélium identique à celui des lymphatiques des vertébrés et qu'ils débouchent dans les interstices des faisceaux conjonctifs. Le sang incolore, rose ou violet des invertébrés doit donc être regardé comme de la lymphe.

M. Cazin montre l'uniformité de la *structure fondamentale de la muqueuse dans les diverses parties de l'estomac des oiseaux* de régimes différents.

M. Giard donne la description de l'*Entoniscus mænadis*, parasite du *carcinus mænas*.

M. Guignard combat les résultats présentés à l'Académie par M. Decagny, au sujet de la division du *noyau des cellules végétales*. Le savant professeur de Lyon insiste sur l'interprétation que l'on doit donner à la découverte des granulations signalées par M. Decagny.

M. Dufresne adresse une note intitulée : « Suc pancréatique après son arrivée dans la circulation par la voie stomacale. » Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. Mégnin fait une communication sur l'application de l'histoire naturelle à la médecine légale dans l'affaire de Villemomble où il avait été nommé expert adjoint à M. Brouardel et chargé spécialement de la partie zoologique, c'est-à-dire de la détermination des divers os trouvés dans plusieurs endroits du jardin et de l'époque probable de leur enfouissement. A l'exception d'un groupe d'os entièrement calcinés trouvés sous une corbeille de *Canas* et qui furent reconnus par M. Brouardel pour être des os humains ayant appartenu à une femme de plus de 25 ans,

tous les autres trouvés dans différents endroits du jardin étaient des os d'animaux provenant de la cuisine. L'époque de l'enfouissement des os humains a pu être déterminée assez approximativement, grâce à la présence de nids de fourmis dans la terre qui recouvrait les os, ce qui indiquait que cette terre n'avait pas été remuée depuis au moins une année, et à la présence de restes de bulbes d'une Liliacée, enfouis avec les os et qui avaient été entièrement rongés par une espèce spéciale d'acariens, le *cœpophagus echinopus* qui avaient mis deux ans à accomplir ce travail. Cette appréciation était basée sur la connaissance des mœurs de ces acariens et sur leurs nombreuses générations dont les dépouilles et les déjections remplissaient les cavités des bulbes sous forme d'un fin terreau. Sachant que lesdits bulbes auraient entièrement disparu transformés complètement en terreau dans l'espace de trois ans. C'est donc entre deux et trois années que l'enfouissement des bulbes, et par suite des os, a eu lieu, et cette appréciation est confirmée par la plantation des *Canas* qui a eu lieu dans le courant de 1883. Cette plantation s'est donc faite sur la terre où l'on venait d'enfouir les bulbes de lis et les os suspects, et à une époque qui correspond à celle de la disparition d'Elodie Menetret.

M. Laborde remet une note de M. Ph. Laffon dans laquelle celui-ci démontre que la substance que l'on vend en Allemagne sous le nom de *digitoxine* ne répond à aucun produit nouveau et n'est autre que de la digitaline, moins active encore que la digitaline française, car elle est fraudée.

MM. Dubois et Beauregard insistent également sur ce fait que certains adjudicataires fournissent des produits falsifiés d'origine allemande et qui nuisent singulièrement aux expériences physiologiques dans lesquelles ils sont employés.

M. Laborde n'est pas partisan des théories émises par M. Féré qui voit l'épuisement dans l'acte inhibitoire. Ces deux noms ne sont pas synonymes, car en se plaçant au point de vue physiologique, on ne saurait dire qu'il y a épuisement, mais bien inhibition, lorsqu'on sectionne le pneumogastrique et qu'en excitant le bout central on arrête les battements du cœur.

M. Pouchet remet une note de M. Wertheimer sur le retour rapide des mouvements respiratoires, après section de la moelle cervicale, chez les animaux soumis à la réfrigération.

M. Brown-Séquard rappelle qu'il a déjà signalé ce phénomène qui s'observe d'ailleurs chez les animaux jeunes sans qu'on eût besoin de recourir à la réfrigération.

M. Pouchet a étudié depuis plusieurs années les *péridiniens*, êtres formés d'une seule cellule, et qu'il est tenté de considérer comme des végétaux. Des recherches récentes faites au laboratoire de Concarneau lui ont permis de vérifier un détail de structure qu'il avait du reste déjà observé, mais que des observations trop rares jusqu'alors ne lui avaient pas permis de publier. Ces organismes sont pourvus suivant l'auteur d'un *œil* véritable formé d'une capsule à pigment et d'une forme transparente rappelant le cristallin. Cet œil est dirigé dans le sens de la progression du corps cellulaire. Il produit à ce sujet des dessins destinés non seulement à montrer cet organe, mais encore à faire voir comment s'opère la multiplication de ces organismes.

M. Brown-Séquard dit que si M. Pouchet a réussi à démontrer qu'une cellule végétale possède un œil, cet auteur a fait certainement une des plus grandes découvertes de notre siècle. Mais tout appareil visuel suppose un conducteur nerveux, aussi la démonstration de M. Pouchet ne sera-t-elle complète que lorsqu'il nous aura fait connaître tous les éléments constituants de cet appareil.

M. Galippe rappelle qu'il paraissait admis [illegible] chez les ataxiques une chute spontanée [illegible] origine nerveuse et sans que ces organes fus[illegible] à l'obligeance de M. Féré, il s'est procuré [illegible] dents [illegible] de leurs alvéoles [illegible] conditions et les a examinées.

En plus, il a pu dans divers hôpitaux porter ses investigations sur la bouche de plus de cent ataxiques. Il est arrivé alors à cette conclusion que chez ces malades les dents tombent par suite de l'affection connue sous le nom de périostite alvéolo-dentaire. Les dents qu'il a examinées étaient altérées par la présence de nombreux micro-organismes qui en avaient modifié la structure au point d'en amener la chute.

M. Laffont présente des tracés confirmatifs de l'opinion qu'il a émise sur l'excitation du pneumogastrique gauche, et ses résultats, combattus par M. F. Franck dans la dernière séance de la Société.

M. Rémy présente, au nom de M. A. Pilliet, aide préparateur d'histologie à la Faculté, une note sur deux cas d'épithélioma perlé secondaire, dans les ganglions de l'aisselle. Les tumeurs perlées sont assez rares, Cornil et Ranvier n'en citent que trois cas. M. Pilliet a eu l'occasion d'en observer deux qui étaient chacune consécutives à une tumeur du sein. L'examen de ces deux cas lui a permis de voir que la tumeur perlée n'est qu'une dégénérescence spéciale de l'épithéliome. Dans un tissu scléreux, pas riche en vaisseaux comme l'était celui des ganglions atteints, le centre des alvéoles de cancer subit une dégénérescence graisseuse très nette, premier degré de la transformation perlée, puis l'alvéole s'accroissant toujours, par multiplication de ses cellules, cette masse centrale graisseuse devient sèche, transparente, momifiée, en sorte que la surface des coupes de ces tumeurs est parsemée de petits nodules perlés et clairs. On retrouve de ces alvéoles dont le centre est en dégénérescence graisseuse, et même en transformation perlée jusque dans les tumeurs primitives du sein où elles sont toutefois beaucoup plus rares que dans les ganglions. Ce processus se comprend facilement si l'on réfléchit que les vaisseaux ne pénètrent pas au sein de la masse épithéliale qui remplit l'alvéole ; le centre doit donc évoluer, soit vers la nécrobiose, avec élimination des tissus détruits et ulcération, si l'alvéole est aux voisinage de la peau, soit vers la momification qui constitue l'état perlé, ce qui est beaucoup plus rare; dans des régions profondes et peu vascularisées.

La tumeur à globes perlés serait donc une dégénérescence spéciale des alvéoles de cancer, et comme telle, symptomatique de l'épithéliome diffus.

Ces tumeurs ont les plus grandes analogies avec les globes épidermiques des cancroïdes qui reconnaissent la même origine; avec les nodules épidermiques désignés aussi sous le nom de tumeurs perlées, étudiées par Gross, de Nancy, sur les doigts; par E. Masse, de Bordeaux, sur l'œil, et qui sont dues à des involutions de l'épiderme. Elles n'en diffèrent que par l'absence d'éléidine ou d'une véritable couche cornée au centre du nodule perlé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mai. — Présidence de M. U. Trélat.

M. le Président demande à l'Académie [illegible] nommer les membres de la commission chargée d'ex[illegible] la valeurs des expériences de M. Béchamp. L[illegible] ayant proposé MM. Cornil, Gautier, Laboulbène [illegible]. Schutzemberger, Villemin, les [illegible] par acclamation.

L'Académie procè[illegible] membre titulaire dans [illegible] de médecine [illegible]. La liste de présen[illegible] suivante: [illegible] M. T[illegible], en deuxième l[illegible] M. N[illegible] ne l[illegible] M. V[illegible] en quatrième [illegible]. MM. Bar[illegible]; en cinquième l[illegible] M[illegible]. Le nombre des votants était [illegible]8 et la majorité 35. [illegible] a obtenu au premier tour [illegible] 62 voi[illegible] 3, M. Weber 2; il y avait [illegible] blan[illegible] quence [illegible] ayant obtenu [illegible] majorité [illegible] est pro[illegible] membre [illegible] l'Académie.

M. G[illegible] [illegible] sion sur les pto[illegible] quelques attaques personnelles [illegible] M. Béchamp. [illegible] toute cette discussion, tout en

rendant justice à la fermeté des croyances scientifiques de son contradicteur, M. Gautier aurait voulu voir moins d'affirmations et plus de faits; les expériences de M. Béchamp en effet, quoique nombreuses, doivent certainement manquer soit par le fond, soit par la forme, puisque depuis si longtemps, elles n'ont encore convaincu qu'un petit nombre de personnes. Du reste dans toute cette discussion, M. Béchamp s'est tenu en dehors du débat; M. Gautier en effet avait parlé *leucomaïnes*, M. Béchamp lui a répondu *mycrozimas*. M. Gautier avait dit que nous vivions en partie anaérobiquement; ce n'est pas une raison pour inférer de cette expression que la vie est une putréfaction comme le lui fait dire M. Béchamp. Quant à la découverte de la transformation des matières allemandes en alcaloïdes au sein de nos tissus, et à la revendication de M. Béchamp à ce sujet, l'Académie jugera si c'est une découverte indifférente et si vraiment c'est un progrès ou non. M. Gautier en terminant réfute l'idée de M. Béchamp sur la genèse des bactéries au sein des tissus et il donne à nouveau les procédés qui lui ont permis de montrer les leucomaïnes à l'état de liberté, fait contesté par M. Béchamp qui les considérait comme des produits de l'action des réactifs. « Enfin, dit en terminant M. Gautier, je tiens à déclarer encore une fois que je ne crois pas que l'organisation et la vie soient nécessairement liées à la forme anatomique des tissus et en particulier à la cellule due à la granulation.

La vie est la conséquence et la résultante du mode d'agrégation et des propriétés mécaniques et chimiques des matériaux des plasmas et de leurs parties figurées. Elle se perpétue et se modifie par la continuité de la transformation d'états musculaires et de phénomènes physico-chimiques qui se passent dans ces agrégations développées sous l'influence d'agrégations semblables préexistantes.

M. Vidal présente, de la part de M. Dubrandy d'Hyères, une corne mesurant 25 cent. de long et développée sur le cuir chevelu d'une femme de cinquante-sept ans. C'est une des productions épidermiques les plus longues qui aient été rapportées dans la science et qui ont été consignées dans le mémoire de Demarquay. Cette corne contournée sur elle-même a été sectionnée à sa base; mais cette opération est insuffisante puisque à l'heure actuelle on constate la reproduction de cette même corne.

M. Le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre par laquelle MM. Duguet et Héricourt déclarent que leurs nouvelles expériences ne leur permettait pas de maintenir les conclusions qu'ils avaient formulées relativement aux rapports de la tuberculose avec le pytiriasis versicolor.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. de Quatrefages sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

Sont classés : en 1re ligne, MM. de Lacaze-Duthiers, Péligot. En 2e ligne: MM. Durand-Claye, et Galezowski.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 février 1886. — Présidence de M. Cornil.

20. Considérations sur le mécanisme des mouvements du pied, suivies de l'étude anatomique et physiologique d'une pièce de pied bot varus équin congénital : par le Dr Chaput, prosecteur à la Faculté de Paris.

Il est dans la physiologie des mouvements du pied, un point qui mérite d'être étudié en détail, il s'agit de ses mouvements de latéralité et des déviations qui viennent compliquer l'extension ou la flexion forcées. La clef de ces mouvements se trouve dans le fonctionnement des articulations de l'astragale avec les autres os du pied. Nous ne voulons pas nier l'existence des mouvements de latéralité de l'articulation tibio-tarsienne, mais nous en faisons abstraction ici à cause de leur étendue très peu considérable si on les compare à ceux qui se passent dans les articulations du tarse. Peu d'articulations sont plus compliquées que celles de l'astragale avec les os du pied, les surfaces en sont gauches, et les mouvements complexes.

Duchenne de Boulogne qui avait parfaitement vu que les mouvements forcés de flexion et d'extension se compliquent de déviation latérale et de rotation du pied, a cherché à éclairer ce point de physiologie. Mais il suffit de se reporter à son traité de la physiologie des mouvements pour se convaincre que ce grand esprit qui a résolu tant d'intéressants problèmes de physiologie musculaire, ne nous a pas apporté dans l'espèce de renseignements satisfaisants.

Les travaux des anatomistes les plus autorisés, tels que le professeur Sappey, Henle. Cruveilhier, Henke, Humphry, ne nous ont pas paru traiter la question avec tous les développements dont elle est susceptible. Nous avons donc, sans nous dissimuler la difficulté de notre tâche, essayé après les maîtres, de reprendre cette question et de développer l'importance de la disposition des surfaces articulaires; nous avons aussi cherché à déterminer, aussi exactement que possible, l'axe autour duquel tourne l'astragale.

Considérations sur la mobilité ou l'immobilité de l'astragale par rapport au reste du pied. — L'astragale est un os qui fait partie de trois articulations : Tibio tarsienne, médio-tarsienne et calcanéo-astragalienne. Il présente pour cette raison des mouvements, sinon très multipliés, du moins très complexes.

Une première remarque importante est à faire relativement aux mouvements de l'astragale. Selon que le pied se déplacera dans le sens vertical ou latéralement, l'astragale fera corps, soit avec le squelette du pied, soit avec celui de la jambe. Dans la flexion et l'extension, l'astragale glisse dans la mortaise tibio-péronière, et comme rien ne le sollicite de se mouvoir sur les autres os du pied, il en résulte que, pendant ces mouvements, il fait véritablement partie du squelette du pied. S'agit-il au contraire de mouvements latéraux, ici pas de mouvements dans l'articulation tibiotarsienne; l'astragale solidement enclavé dans la mortaise du cou-de-pied est immobile par rapport aux os de la jambe. Il en résulte que ses mouvements de latéralité ne peuvent se passer ailleurs que dans les articulations de l'astragale avec les os du tarse. L'astragale se meut donc sur les os du pied pendant les mouvements latéraux, de même qu'on peut dire qu'il se meut sur les os de la jambe pendant les mouvements de flexion ou d'extension. C'est en somme un « os à tout faire » puisque, selon les besoins, il fait partie du massif du pied se fléchissant sur la jambe, ou bien se meut sur le pied comme dans les mouvements latéraux.

Principe de la déviation inverse. — Il est très important, pour la compréhension de ce qui va suivre, de bien réfléchir à ceci, que les mouvements latéraux de l'astragale sur le pied représentent parfaitement ceux de la jambe sur ce même pied, puisque, dans les mouvements latéraux, l'astragale reste immobile dans sa mortaise. Aussi, lorsque nous dirons que la tête de l'astragale s'est portée en dedans, cela signifiera que la jambe a subi, sur le pied, un mouvement de rotation en dedans. Ce mouvement ne saurait se comprendre sans que la pointe du pied ne soit déplacée en dehors par rapport à la jambe ; en un mot sans qu'il y ait abduction du pied. Ainsi donc, adduction de la tête de l'astragale, équivaut à abduction du pied; de même que abduction de la tête astragalienne voudra dire adduction du pied.

Ces considérations sont applicables à tous les déplacements de l'astragale sur les os du tarse, de telle sorte que tous les déplacements de la tête de l'astragale s'accompagnent toujours de mouvements du pied en sens opposé. C'est ce que nous appellerons le *principe de la déviation inverse.*

Etude des surfaces articulaires. — Pour bien comprendre les mouvements de l'astragale sur le pied, en un mot les mouvements latéraux du pied, il est absolument indispensable de faire une étude spéciale des surfaces articulaires destinées à glisser les unes sur les autres.

Du côté de l'astragale, nous trouvons à sa face inférieure et en arrière, une facette concave qui fait partie de l'articu-

lation calcanéo-astragalienne. Cette première facette est peu intéressante. Il n'en est pas de même des autres parties. En avant de cette facette postérieure, on trouve la rainure astragalienne oblique en avant et en dehors, qui donne insertion au ligament interosseux calcanéo astragalien. Enfin à l'extrémité antérieure de l'os, on trouve la tête astragalienne, sorte de condyle aplati d'un côté à l'autre, allongé dans le sens vertical, avec cette restriction que l'axe de sa surface cartilagineuse est oblique en bas et en dedans. Ce condyle ne présente point de revêtement cartilagineux à sa face supérieure ; mais son extrémité antérieure en est recouverte, et le cartilage se prolonge assez loin sur sa face inférieure. Le condyle présente comme dernière particularité l'existence de trois facettes séparées par des crêtes. Ces facettes répondent chacune à l'un des segments qui forment, par leur réunion, la cavité de réception qu'il nous faut maintenant considérer. Disons auparavant qu'on trouve derrière cette cavité la rainure calcanéenne, oblique en bas en avant et en dehors, où elle s'élargit considérablement, et enfin, plus en arrière, une surface cartilagineuse peu importante, qui fait partie de l'articulation calcanéo-astragalienne. Pour en revenir à notre cavité de réception, disons qu'elle est constituée en avant par la face postérieure du scaphoïde. en bas par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, en arrière par la petite apophyse du calcanéum.

La cavité calcanéo-scaphoidienne présente, en somme, une portion verticale constituée par le scaphoïde et une portion horizontale, par le ligament calcanéo-scaphoidien et la petite apophyse. Il faut encore remarquer deux choses: la première, que cette cavité est plus étroite en dehors qu'en dedans; la seconde, que le grand axe de cette cavité est obliquement dirigé en bas et en dedans, si bien que la partie externe de la glène articulaire est plus élevée que la partie interne. Ce détail est d'une importance majeure, car si l'on y ajoute la notion de l'axe autour duquel tourne l'astragale, on aura ainsi tout ce qu'il faut pour comprendre le mécanisme des mouvements de l'astragale.

Cette direction de la surface articulaire va nous permettre de comprendre pourquoi la tête de l'astragale ne peut se porter en dedans sans s'abaisser, et pourquoi elle ne peut s'abaisser sans se porter en dedans. D'autre part, ce déplacement de la tête s'accompagne d'un mouvement de rotation de tout l'os autour de ses trois axes. De telle sorte que ce déplacement de la tête de l'astragale en dedans et en bas, entraînera, comme nous le démontrerons plus tard, un déplacement inverse du pied, en dehors, en haut, et en rotation externe (1).

Détermination de l'axe autour duquel tourne l'astragale. — Raisonnons un peu sur les axes et les rotations de l'astragale, après quoi nous utiliserons ces données pour l'étude des mouvements de latéralité de rotation, de flexion et d'extension forcées.

Comme le globe de l'œil, l'astragale présente un axe transversal, un axe vertical, enfin un axe antéro-postérieur. Cette étude des axes a été nécessaire pour mettre un peu de clarté dans la description des mouvements si complexes du globe oculaire. Dans le cas qui nous occupe, cette action n'est pas moins importante pour nous aider à comprendre les mouvements si compliqués de l'astragale. Si l'astragale tourne autour de l'axe transversal, on verra sa tête s'élever ou s'abaisser. S'il tourne autour de l'axe vertical, la tête se portera alternativement en dedans ou en dehors : enfin s'il tourne autour de l'axe antéro-postérieur, on verra s'élever, soit le bord interne, soit le bord externe de l'os.

Nous allons essayer de démontrer. dans les lignes qui suivent, que l'astragale tourne à la fois autour de ses trois axes lorsque sa tête se porte soit en dedans soit en dehors. Nous montrerons que la chose est possible géométriquement parlant, nous verrons ensuite que non seulement elle est possible, mais qu'elle existe ; enfin nous chercherons à en expliquer le pourquoi. L'astragale peut-il, au point de vue géométrique, exécuter un mouvement qui résume ceux de ses trois axes ? Oui, la chose est possible ; il suffit de supposer un axe oblique, par exemple, en bas, en avant et en dehors, autour duquel l'astragale tournera ; on verra alors s'exécuter les trois mouvements d'axe, c'est-à-dire abaissement (axe transversal), avec adduction (axe vertical) et rotation externe (axe antéro-postérieur.)

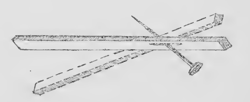


Fig. 42.

En voici d'abord la démonstration géométrique. On peut construire facilement un appareil schématique très simple, composé d'une allumette que l'on traverse vers son milieu, d'une épingle dirigée obliquement par rapport à l'axe de l'allumette. On met ensuite les parties en position comme s'il s'agissait du pied droit ; l'allumette qui représente l'astragale est placée horizontalement, dans une direction antéro-postérieure ; l'épingle qui représente l'axe de rotation est dirigée en avant, en bas et à droite. Si on fait subir à l'appareil une rotation autour de son axe, telle que l'extrémité antérieure de l'allumette puisse s'abaisser, on verra en même temps cette extrémité se porter en dedans, avec la rotation que nous avons dite. Ceux de nos lecteurs auxquels la géométrie est quelque peu familière, n'ont qu'à se rappeler comment un cône de révolution s'engendre par la rotation d'une génératrice autour de son axe. La génératrice, c'est l'allumette ; l'axe n'est autre que l'épingle.

Nous venons de démontrer, par une expérience, que le mouvement complexe de rotation de l'astragale autour de ses trois axes à la fois peut se réaliser mathématiquement autour d'un axe oblique en bas, en avant et en dehors. Il nous faut montrer maintenant non seulement qu'il est possible, mais qu'il existe, et enfin pourquoi il existe. Le mouvement complexe d'abaissement d'adduction et de rotation en dehors de la tête de l'astragale existe. Pour le prouver, il suffit d'exécuter une désarticulation tibio-tarsienne : l'astragale reste uni aux os du pied et on peut le mobiliser. Les mouvements qu'on lui imprime sont des mouvements complexes et qui se réduisent à deux principaux : le premier, dans lequel la tête s'abaisse, se porte en dedans avec un léger degré de rotation autour de l'axe antéro-postérieur ; le second consiste en un mouvement d'élévation avec abduction et rotation autour de l'axe antéro-postérieur. Non seulement ces mouvements complexes existent (et ils sont d'ailleurs faciles à constater), mais encore ils existent seuls, les déplacements de la tête ne pouvant s'effectuer dans un seul sens, mais seulement dans les trois sens à la fois (latéralité, abaissement, élévation et rotation.)

Pourquoi et comment ces mouvements complexes ? Nous trouvons la réponse à cette question dans la forme de la glène articulaire et dans la constatation d'un appareil de pivotement de l'astragale. La surface articulaire de réception, nous l'avons dit, a son grand axe dirigé obliquement en bas et en dedans ; c'est pourquoi la tête de l'astragale, quand elle se déplace en dedans, doit, en même temps, se porter en bas, ou, ce qui revient au même, quand elle se déplace en bas, elle doit en même temps se déplacer en dedans ; un léger mouvement de rotation s'ajoute nécessairement aux deux déplacements précédents. En un mot, le condyle astragalien ne peut présenter des mouvements isolés, soit d'abaissement soit d'adduction, il ne peut subir qu'un mouvement complexe, qui réunit les déplacements autour des trois axes connus. Ce déplacement est le même

(1) Nous appellerons avec le professeur Sappey : *flexion*, le rapprochement du dos du pied de la face antérieure de la jambe ; — *Extension*, le mouvement inverse. Nous appellerons adduction et abduction du pied les déviations de sa pointe en dedans ou en dehors. Il y a rotation interne quand le bord interne s'élève ; rotation externe quand c'est le bord externe qui se porte en haut.

que celui que nous avons annoncé comme se passant autour d'un axe oblique en bas, en avant et en dehors (se reporter au schéma de l'allumette).

L'axe en question est réalisé par un appareil de pivotement assez complexe. C'est d'abord le ligament interosseux qui empêche les mouvements étendus de la tête astragalienne et qui divise l'os en deux parties, dont l'antérieure se meut en sens inverse de la postérieure. Cette même partie postérieure se déplace d'autant plus facilement qu'elle est munie d'une facette articulaire (arthrodie calcanéo-astragalienne). Enfin l'astragale pivote encore autour du bec de la petite apophyse du calcanéum. Pour s'en rendre compte, il faut, sur un squelette de pied, étudier la rotation de l'astragale sur le calcanéum autour de cette espèce de pivot. Chose curieuse, l'appareil essentiel de pivotement, le ligament interosseux, présente la direction oblique en bas, en avant et en dehors, qui est celle de l'axe conventionnel autour duquel nous avons montré que tournait l'astragale. Ce détail a vraisemblablement une assez grande importance au point de vue mécanique; en tous cas, il est précieux comme moyen mnémotechnique, puisque chacun sait que la rainure calcanéo-astragalienne est oblique en bas, en avant et en dehors.

Notre excellent maître, M. Farabeuf, a étudié avec grand soin l'articulation calcanéo-astragalienne au point de vue de ses surfaces et de son fonctionnement; nous sommes absolument de son avis relativement au mécanisme, mais nous différons absolument sur la question de l'importance à attribuer à cette articulation. Pour nous, le point capital de la question ce sont les déplacements de la tête astragalienne, de telle sorte que l'articulation calcanéo-astragalienne n'est pour nous qu'une sorte d'articulation de nécessité.

Les raisons sur lesquelles nous nous basons pour appuyer notre manière de voir sont les suivantes : les articulations postérieures du calcanéum et de l'astragale permettent des mouvements du calcanéum sur cet os, mais ces mouvements sont faibles et de peu d'importance physiologique. — Au contraire l'articulation de la tête de l'astragale avec l'avant-pied permet des mouvements étendus, et c'est par elle que s'expliquent les mouvements d'adduction, d'abduction et de rotation du pied.

Henke a admis que l'astragale tourne autour d'un axe oblique simplement. en bas et en arrière, sans aucune obliquité soit en dedans, soit en dehors.

Les mouvements qui sont possibles autour d'un tel axe sont différents de ceux que l'astragale exécute en réalité. On peut disposer le schéma de l'allumette de façon à reproduire les conditions de l'axe de Henke. Si on fait subir à l'extrémité antérieure de l'allumette une déviation en dedans, on voit qu'elle se portera en même temps en haut, ce qui est contraire à la réalité, ainsi que nous nous sommes efforcé de le démontrer.

Humphry admet un axe oblique en bas, en arrière et en dehors. Chose curieuse, cet axe permet absolument les mêmes mouvements que le nôtre; cependant nous préférons celui-ci et cela pour deux raisons : la première est basée sur un fait : l'obliquité du ligament interosseux qui se dirige en bas en avant et en dehors, la seconde raison est purement mnémotechnique. c'est parce que la direction de la rainure que chacun connaît permettra de retenir facilement celle de notre axe.

Etude des mouvements de latéralité du pied. — Nous pouvons maintenant appliquer les notions précédentes aux mouvements de latéralité et de rotation du pied. Montrons comment l'abduction du pied est inséparable de la rotation en dehors avec un certain degré de flexion, et comment l'adduction du pied s'accompagne forcément de rotation en dedans avec un certain degré d'extension. Si on se rappelle le principe de la déviation inverse on comprendra de suite que l'abduction du pied ne peut s'effectuer que par une adduction de la tête de l'astragale. Or le mouvement en dedans de ce condyle est complexe et s'accompagne d'abaissement et de rotation externe, ainsi que nous l'avons démontré. Aux trois déplacements de la tête de l'astragale correspondront des déplacements en sens inverse du pied, à l'adduction de la tête répond l'abduction du pied; à son abaissement, un léger degré de flexion (il s'agit ici de flexion médio-tarsienne). Quant à la rotation de l'astragale elle mérite de nous arrêter un peu : si l'on s'en rapporte au schéma de l'allumette, l'astragale doit présenter ici un mouvement de rotation externe (élévation du bord externe); en raison du principe de la déviation inverse à cette rotation externe devrait correspondre une rotation du pied en dedans. Or, dans l'abduction du pied que nous sommes en train d'étudier, c'est la rotation en dehors qu'on observe. Comment expliquer cette contradiction ? Il faut, pour cela, remarquer que l'axe de rotation de l'astragale est tellement dirigé que les mouvements autour de l'axe antéro-postérieur sont très réduits. Par conséquent, la rotation interne du pied, si elle devait exister, serait très faible. Cette rotation se trouve supprimée et transformée en rotation externe parce que la tête de l'astragale en s'abaissant déprime le bord interne du pied de telle sorte que le bord externe se trouve relevé.

Nous pourrions expliquer par un raisonnement analogue au précédent comment et pourquoi l'adduction s'accompagne toujours de rotation en dedans et d'un léger degré d'extension.

Tout ce que nous venons de dire peut se vérifier facilement sur soi-même, on verra nettement que l'abduction est inséparable de la rotation en dehors et d'un certain degré de flexion et que l'adduction se passe bien comme nous l'avons affirmé.

Duchenne (de Boulogne) et Humphry ont observé que le talon se meut en sens inverse de la pointe du pied. La chose est très facile à vérifier sur une pièce que l'on obtient par la dissection des articulations du pied après désarticulation de Chopart. On peut voir que la tête de l'astragale se meut en sens inverse de l'extrémité antérieure du calcanéum; de même l'extrémité postérieure de l'astragale se meut en sens inverse de l'extrémité postérieure du calcanéum.

Ceci étant donné, si la tête astragalienne se porte en dedans, son extrémité postérieure se portera en dehors. et comme l'extrémité correspondante du calcanéum se porte en sens inverse, elle se portera donc dans l'adduction tandis que son extrémité antérieure sera en abduction. C'est à ces déplacements de l'extrémité postérieure du calcanéum que sert l'articulation calcanéo-astragalienne. Ces déplacements ont été peu étudiés jusqu'ici. C'est pourquoi nous avons pensé que cette articulation était une articulation accessoire et que l'on ne devait pas la prendre pour étayer une démonstration des mouvements du pied.

On voit que les pieds-bots sont presque toujours constitués par une double déviation du pied. Selon que la déviation est plus considérable dans un sens ou dans l'autre on les appelle varus équin ou équin varus, valgus talus ou talus valgus. L'étude que nous venons de faire des mouvements de latéralité nous fait comprendre pourquoi les pieds-bots varus sont en même temps équins (varus equin) et pourquoi les valgus sont en même temps talus (valgus talus). Nous trouverons de même dans le chapitre qui suit l'explication des équins varus et des talus varus.

Flexion et extension forcées du pied. — Les notions que nous venons de développer relativement aux mouvements de latéralité sont applicables aux mouvements extrêmes de flexion et d'extension.

Lorsque ces mouvements ont une étendue moyenne, ils se passent simplement dans l'articulation tibio-tarsienne; ils sont par conséquent directs. et non compliqués de déviation latérale du pied. Mais supposons que la flexion tibio-tarsienne soit arrivée à sa limite physiologique et voyons ce qui se passera si on veut obtenir une flexion plus considérable. L'astragale, par suite de disposition que nous n'avons pas à rappeler. est parfaitement immobilisé dans la mortaise tibio-péronière; ainsi la flexion ne pourra s'augmenter qu'à la condition que la tête de l'astragale s'abaisse.

La tête de l'astragale peut s'abaisser, elle s'abaissera,

mais en même temps se portera en dedans. On n'a qu'à se reporter à ce que nous avons dit des mouvements de latéralité pour comprendre pourquoi la flexion extrême se complique fatalement d'abduction avec rotation en dehors.

Dans l'extension forcée, mêmes phénomènes. Quand l'extension tibio-tarsienne est à ses limites, l'astragale se trouve immobilisé dans la mortaise tibio-tarsienne, la flexion ne peut plus augmenter qu'à la condition que la tête de l'astragale se porte en haut. Or, à sa déviation en haut, nous savons que correspond sa déviation en dehors, d'où adduction et rotation interne du pied s'ajoutant fatalement à l'extension forcée.

Duchenne (de Boulogne) avait remarqué que l'extension du pied se faisait en deux temps, un premier temps de flexion directe (se passant dans l'articulation tibio-tarsienne), un second temps de flexion avec adduction, se passant dans l'articulation calcanéo-astragalienne (dit-il). Voici comment il expliquait cette extension adductive: « Je ferai observer que, lorsque sur le squelette on place les surfaces articulaires du calcanéum et de l'astragale dans des rapports tels que les deux rainures se correspondent parfaitement et de manière à former une sorte de canal, je ferai observer, dis-je, que cette sorte de canal va en s'élargissant à ses deux extrémités, beaucoup plus considérablement en dehors qu'en dedans. C'est cette dernière disposition qui favorise ces mouvements d'adduction du pied et cette sorte de roulement du pied sur son bord interne, mouvements qui se passent dans l'articulation calcanéo-astragalienne ».

Duchenne avait observé également que la flexion extrême s'accompagne d'abduction. A ce propos il essaie encore une fois de nous faire comprendre le rôle que joue dans ces conditions l'articulation calcanéo-astragalienne, mais son explication n'est point de nature à satisfaire pleinement l'esprit.

Les développements que nous avons donnés aux chapitres précédents nous permettront de comprendre encore une dernière particularité de la flexion forcée. Nous avons dit que la flexion forcée s'accompagne habituellement d'abduction avec rotation en dehors; cependant nous pouvons exécuter une flexion forcée avec adduction du pied et rotation interne. Il est clair que dans ces conditions la flexion devra être moins étendue non seulement que la flexion abductrice, mais encore que la flexion tibio-tarsienne est arrivée à sa limite habituelle et non compliquée de flexion forcée. Cela se conçoit de suite puisque le mouvement d'adduction s'accompagne d'un certain degré d'extension qui se passe dans les articulations du tarse et non pas dans la tibio-tarsienne (voir le chapitre des mouvements de latéralité). L'extension forcée peut aussi s'accompagner soit d'adduction soit d'abduction; pour des raisons identiques aux précédentes on comprendra que l'extension adductrice est plus étendue que l abductrice.

De ceci nous concluons qu'il y a deux modes de flexion extrême, l'une avec adduction : *flexion extrême minima*, l'autre avec abduction, *flexion extrême maxima*.

Conclusions : 1° Les déplacements de la tête de l'astragale s'accompagnent de déviations du pied en sens opposé. (Principe de la déviation inverse).

2° Les déplacements de l'astragale sur les os du pied sont commandés d'une part par la forme de la glène articulaire calcanéo-scaphoïdienne, d'autre part par un appareil de pivotement qui fait tourner cet os autour d'un axe oblique en avant, en bas et en dehors.

3° Il en résulte que la tête de l'astragale ne peut se déplacer en dedans sans se porter en même temps en bas; de là, abduction, rotation externe et flexion légère du pied. Le condyle astragalien ne peut se porter en dehors sans se porter en haut, d'où adduction, rotation interne et extension légère médio-tarsienne. C'est dire en d'autres termes que le mouvement d'adduction du pied est toujours fatalement combiné à une rotation interne et une extension légère du pied, que le mouvement d'abduction du pied se lie constamment à la rotation externe et une légère flexion médio-tarsienne.

4° La flexion extrême s'accompagne habituellement d'abduction avec la rotation externe; l'extension extrême d'adduction avec rotation interne.

5° La flexion extrême peut se faire soit en adduction soit en abduction, mais cette dernière est plus étendue. L'extension extrême peut se faire soit en abduction soit en adduction, mais celle-ci est plus complète.

Observation de pied bot congénital (*Varus equin*).

Cette pièce a été trouvée à l'Ecole pratique; pas de renseignements.

Peau intacte, pas de cicatrices ni d'adhérences. Le pied est naturellement en attitude d'extension avec légère déviation de la pointe du pied en dedans. La voûte plantaire a une concavité exagérée. Le bord interne du pied est un peu excavé en dedans. La flexion atteint à peine l'angle droit et ne peut le dépasser. La peau étant enlevée, on constate l'intégrité de tous les muscles au point de vue de la couleur et de la consistance. Le triceps sural est raccourci (tout au moins le soléaire) et lorsque l'on essaie de fléchir le pied audelà de l'angle droit on s'aperçoit que le soléaire se tend et résiste. Pareillement les deux péroniers latéraux se tendent et empêchent encore en partie la flexion. Le jambier postérieur ne joue aucun rôle ni les fléchisseurs des orteils. Pour en finir avec les muscles, disons que la concavité extrême de la voûte du pied est maintenue par le raccourcissement du muscle court fléchisseur commun des orteils et par celui de l'aponévrose plantaire moyenne.

Rôle des parties osseuses et articulaires. — Lorsqu'on amène le pied en flexion extrême qui ne dépasse pas l'angle droit, on s'aperçoit que les phénomènes suivants se passent du côté des os. Le scaphoïde remonte un peu sur la tête de l'astragale. La trochlée astragalienne s'enfonce plus profondément dans la mortaise tibio-péronière et ensuite la tête de l'astragale glisse de dedans en dehors et vient heurter le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur qui se trouve ainsi limiter le transport de la tête astragalienne en dehors et par suite le mouvement de flexion qui accompagne ici le transport. En même temps, la malléole interne vient appuyer contre le tubercule du scaphoïde.

En résumé, la flexion se trouve empêchée du côté des muscles par le triceps et le soléaire, les péroniers latéraux et un peu le court fléchisseur des orteils; du côté des os par la rencontre de la malléole interne avec le tubercule du scaphoïde. Enfin parce que la tête de l'astragale se trouve bridée en dehors par le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur.

Modifications de l'astragale. — Le col de l'astragale paraît d'abord un peu coudé en dedans, mais à un examen plus attentif on constate que cette coudure apparente est due à l'atrophie de la partie externe de la tête astragalienne.

Réflexions. — Si nous appliquons à ce cas pathologique les données physiologiques que nous avons développées dans la première partie de ce travail, nous voyons que dans le cas actuel la physiologie de l'astragale se trouve renversée, puisque la tête de l'astragale s'abaisse en se portant en dehors et s'élève en se portant en dedans, ce qui est le contraire de la normale. On peut donner une explication de cette anomalie d'après ce qu'il nous semble. En effet, le pied en question a été constamment en extension forcée depuis de longues années. A cette extension forcée correspond de la part de la tête de l'astragale une déviation en dehors. (Voir le chapitre l'extension et la flexion forcées). Par conséquent, la partie externe de la glène articulaire a été comprimée avec persistance, si bien qu'à la longue elle a dû augmenter de profondeur. Remarquons en passant que c'est cette même compression qui a servi à atrophier la partie externe du condyle astragalien. Au contraire, la partie interne n'étant plus en rapport avec la tête articulaire s'est peu à peu comblée. De telle sorte que la cavité

de réception de la tête au lieu d'être oblique en bas et en dedans doit se trouver oblique en bas et en dehors.

Cette supposition, nous avons cherché à la vérifier en faisant la désarticulation sous-astragalienne, et nous avons pu constater qu'elle était parfaitement exacte.

D'autre part, la partie interne de la cavité est extrêmement rétrécie, cela se conçoit si l'on songe que dans la flexion la malléole interne vient heurter le tubercule du scaphoïde. Cette diminution d'étendue complète absolument l'excursion interne de la tête de l'astragale.

L'examen de cette pièce semble donner un appui à la méthode de redressement du pied-bot par le massage forcé telle que l'a préconisée Delore. Il y a, en effet, à remédier dans l'espèce à deux causes principales de déviation, l'une dûe au raccourcissement musculaire qui est justiciable de la ténotomie, l'autre qui est constituée par la déformation acquise de la cavité calcanéo-scaphoïdienne. En employant la force pour ramener la tête de l'astragale à la partie interne de la cavité on remplira donc l'indication urgente qui est de reconstituer la partie interne de la glène en même temps que d'oblitérer sa partie externe. Cette dernière condition sera obtenue par l'immobilisation en bonne position, les parties externes de la cavité reprendront peu à peu leur aspect et leur forme habituels en raison de la loi d'adaptation qui veut que le fonctionnement développe les organes et que les organes s'atrophient lorsque leur fonctionnement se trouve supprimé.

De l'étude de cette pièce nous pouvons retirer deux enseignements. Le premier, que bon nombre de déviations de coudures du col de l'astragale ne sont vraisemblablement qu'une simple apparence qui résulte de l'atrophie de la partie externe de la tête astragalienne. Le second enseignement est le suivant : Jusqu'ici on n'a considéré comme causes de déviation persistante que la rétraction des parties molles ou les déviations osseuses, mais l'étude de notre pièce montre qu'il faut encore compter avec le rétrécissement interne de la cavité calcanéo-scaphoïdienne et y porter tel remède qu'on jugera convenable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. MONOD fait un rapport sur une observation de M. Peyrot : *transplantation d'un tendon de chien à l'homme.* L'écartement rendant impossible la suture des deux bouts du tendon du médius, M. Peyrot interposa un bout de tendon de chien. Le résultat opératoire fut bon, et les fonctions se sont en parties rétablies.

M. TRÉLAT, dans un cas où le rapprochement était possible, aviva les deux bouts du tendon cicatrisés à distance, les sutura et obtint un résultat excellent.

M. DESPRÉS a toujours vu les plaies tendineuses guérir par adhérence des bouts coupés à la cicatrice cutanée et il a constaté que ce mode de guérison suffisait pour le rétablissement de la fonction. Il attribue l'impotence fonctionnelle qui accompagne parfois ces sections, pas à l'écartement persistant des deux bouts du tendon coupé, mais à l'inflammation des gaînes tendineuses, comme l'a fait remarquer Malgaigne. M. Després ne voit donc pas à quoi peuvent servir les sutures tendineuses.

M. BERGER reproche à M. Després de trop généraliser une théorie, d'ailleurs incontestable. Il est des cas dans lesquels la suture s'impose, quand, par exemple, l'écartement est considérable. M. Berger, dans un cas de ce genre, sutura et obtint un résultat excellent.

M TRÉLAT montre qu'il est des cas dans lesquels l'écartement est la seule cause de l'impotence fonctionnelle.

M. DESPRÉS dit que ces cas sont la conséquence d'une faute chirurgicale.

M. MONOD rappelle que M. Schwartz dut dédoubler un tendon pour réunir deux bouts séparés par un écartement qui ne permettait pas le rapprochement immédiat.

M. LE FORT conseille, dans ces cas, de passer le corps charnu du muscle dans la direction du tendon; on peut ainsi abaisser celui-ci et le rendre accessible.

M. PÉRIER communique une observation de *chondrome parotidien intra-pharyngien.*

MM. POLAILLON et TILLAUX ne sont pas convaincus que M. Périer ait eu affaire à un chondrome parotidien ; ils croient à un enchondrome de la paroi pharyngée.

MM. PÉRIER et BERGER maintiennent le premier diagnostic.

M. LEDENTU communique des tableaux comprenant le résumé d'un grand nombre d'observations d'uréthrotomie interne et de divulsion ; il conclut que la divulsion est indiquée dans les rétrécissements inflammatoires, dans les rétrécissements élastiques ou inextensibles, et dans les cas de fistule urinaire, avec induration du périnée.

M. LE FORT craint l'uréthrotomie et la divulsion; il pratique la dilatation extemporanée progressive.

M. DESPRÉS ne fera jamais ni l'uréthrotomie interne, ni la divulsion ; il fait la dilatation progressive.

M. M. SÉE est très partisan de l'uréthrotomie interne qui ne lui a jamais donné d'accidents ; il ne met pas de sonde à demeure après l'opération et commence la dilatation trois jours après.

M. HORTELOUP est partisan de l'uréthrotomie interne ; lorsque le rétrécissement s'accompagne de fistules, il a recours d'emblée à l'uréthrotomie interne avec excision des trajets fistuleux.

M. LEDENTU dit que l'uréthrotomie interne et la divulsion sont parfois nécessaires, la dilatation progressive étant inefficace.

Au cours de la séance M. Duplay a été, sur sa demande, nommé membre honoraire à l'unanimité des membres présents. Paul POIRIER.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 28 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M PAMARD (d'Avignon).

Sur la cataracte hémorrhagique. — M. DUFOUR (de Lausanne) a eu trois cas de cataracte hémorrhagique, en 1869, 1878 et 1880. Il y a quatre semaines, se trouvant en présence d'une femme atteinte de cataracte avec glaucome absolu, M. Dufour se décida à faire l'iridectomie. Sous les yeux de l'opérateur le cristallin fit, sans y être sollicité en rien, un mouvement vers la plaie de la cornée puis s'y engagea et sortit complètement ; mais immédiatement après il fut suivi du corps vitré en nappe. L'œil était perdu depuis longtemps, aussi, séance tenante, M. Dufour fit consentir cette femme à se laisser pratiquer l'énucléation.

Il n'y avait pas une goutte de sang dans le corps vitré, la rétine était intacte, la choroïde était décollée dans toute son étendue et engagée avec la rétine dans la plaie opératoire. Tout l'espace retro-choroïdien était rempli de sang. Il a dû s'écouler là en huit minutes environ dix millimètres cubes de sang par seconde.

L'œil a été durci puis examiné. A l'examen microscopique, M. Dufour n'a pu trouver aucune lésion d'un vaisseau important. L'examen histologique des parois des vaisseaux n'est pas terminé.

M. DE WECKER. — Cet accident se montrant de temps à autre, il est regrettable qu'on ne puisse trouver aucun signe qui mette préalablement sur la voie. Cependant chez deux malades, opérés autrefois de cataracte par abaissement, atteints depuis de glaucome et sur lesquels M. de Wecker voulait faire une iridectomie, il a eu une hémorrhagie avec sortie de tout le corps vitré. Il faut donc surtout rapporter cet accident à l'état antérieur de l'œil. Quand l'opération de la cataracte a échoué sur un œil, on ne devrait jamais opérer le second sans avoir fait préalablement l'iridectomie.

M. ABADIE a opéré, il y a deux ans, un malade chez lequel l'opération ne présenta rien de particulier. Deux heures après, ce malade fit appeler M. Abadie. Il était pris de vomissements violents et le bandeau compressif était taché de sang. L'hémorrhagie put être arrêtée, mais l'œil fut complètement perdu. Ces hémorrhagies sont dues à la rupture de l'équilibre entre la pression intra-oculaire et la pression intra-vasculaire. Dans

ces cas on peut prendre des précautions en faisant comprimer la carotide du malade en lui donnant de l'ergotine.

M. CHIBRET opéra de cataracte, il y a deux ans, un malade qui n'avait plus que cet œil. A peine la cataracte molle se fut-elle engagée dans la plaie qu'une hémorrhagie se déclara, l'opération fut suivie de douleurs très-violentes et M. Chibret, désespérant absolument, fit entrer le malade aux Jeunes Aveugles de Clermont-Ferrand. Cependant, un an après, il apprit que chez ce malade la vue revenait peu à peu. En effet, les milieux sont redevenus transparents, sauf quelques flocons du corps vitré.

M. MANOLESCU (de Bucharest) a observé plusieurs fois cet accident, en particulier sur un œil d'un malade chez lequel il avait opéré les deux yeux à la fois. Dans ces cas il faut penser à une prédisposition glaucomateuse ; en outre le traumatisme opératoire y est pour quelque chose par l'irritation de la cinquième paire et l'augmentation de tension intra-oculaire qui en résulte.

M. WARLOMONT, s'il se trouvait en présence d'une cataracte hémorrhagique, ferait encore ce qu'il a déjà fait : il sacrifierait l'œil immédiatement.

Bactériologie du chalazion. — M. PONCET. Si on fait une coupe d'un chalazion, on aperçoit deux parties : la tumeur propre constituant le kyste et les parties inflammatoires qui l'entourent. Dans la tumeur propre, on trouve la membrane d'enveloppe revenue à l'état embryonnaire et complètement dégénérée. Le tissu embryonnaire est mélangé d'un épithélium graisseux en déchéance, dans lequel on trouve les granulations de la matière sébacée. On a trouvé là des cellules géantes, mais c'est une erreur d'interprétation. M. Poncet croit que les microbes sont la cause de cette prolifération.

Pour examiner l'épithélium il faut le traiter par la potasse, le chloroforme et par le baume de Canada bouillant, pour le débarrasser de toute la partie graisseuse. On retrouve alors des épithéliums pavimenteux garnis à leur face inférieure de millions de microbes ; ce sont de gros micrococques, mais on n'y trouve jamais de bactéries.

La présence de micrococques est vraie non seulement dans les chalazions, mais dans tous les kystes sébacés en général.

M. BOUCHERON a fait la culture des microbes que l'on trouve dans les chalazions, en se servant du liquide contenu dans l'intérieur du kyste. Prenant une culture pure, M. Boucheron a fait sur le lapin des injections dans les cartilages tarses, et il a pu obtenir un certain nombre de chalazions expérimentaux.

En continuant ces cultures, M. Boucheron a fini par y trouver de nombreux éléments différents.

Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure en thérapeutique oculaire. — M. ABADIE. Les injections sous-cutanées abrègent la durée de la kératite parenchymateuse ; M. Abadie a également employé les injections sous-cutanées de bichlorure dans les choroïdites disséminées et dans les rétino-choroïdites. Il croit qu'il y a souvent là des restes de syphilis héréditaire. Chez les jeunes sujets nous voyons souvent des foyers de chorio-rétinite circonscrits à la macula, on se demande souvent s'il s'agit là d'une malformation congénitale ou d'un processus cantonné dans cette région. Les malades, traités par les injections sous-cutanées, voient, après 10 ou 12 injections, leur acuité visuelle s'améliorer d'une façon étonnante.

Le traitement réussit également dans les chorio-rétinites latentes, entraînant une amblyopie dont on ne trouve pas la cause. Dans les chorio-rétinites latentes qui ne modifient en rien l'aspect de la papille, il y a toujours une diminution considérable de l'acuité visuelle et un scotome positif. Cette maladie ne présente pas de signe ophthalmoscopique spécial, elle frappe les cônes et les bâtonnets en arrière du pigment rétinien et d'une façon invisible.

La solution employée est au centième, et M. Abadie la formule ainsi :

Bichlorure de mercure. . .	1 gramme.
Chlorure de sodium.	2 grammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Il faut faire l'injection profondément sous le derme.

M. VACHER préfère les injections au cyanure de mercure, beaucoup moins irritantes et beaucoup plus actives. Il les formule ainsi :

Bi-iodure de mercure.	1 gramme.
Iodure de sodium.	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

M. GALEZOWSKI fait depuis longtemps des injections sous-cutanées d'un sel de mercure, mais les frictions mercurielles lui paraissent aussi bonnes.

M. DE WECKER trouve que les injections de bichlorure ont l'inconvénient de devoir être pratiquées tous les jours. Il se demande si on ne doit pas leur préférer les injections de calomel qu'on n'a besoin de faire que tous les huit jours.

M. ABADIE pense que les injections au bichlorure réussissent là où les frictions mercurielles échouent.

M. DOR. On ne peut confondre la choroïdite avec l'amblyopie toxique. Dans l'amblyopie toxique, il y a un scotome central avec cécité pour le rouge et pour le vert. Pour savoir si le mal est localisé dans la choroïde, nous avons encore un critérium dans le scotome central; il y a, dans ces cas, une cécité pour le rouge et non pour le vert.

De quelques hémorrhagies oculaires pendant la grossesse. — M. TEILLAIS (de Nantes). Il s'agit d'hémorrhagies oculaires qui ont un caractère propre, ne sont liées à aucun autre état morbide de l'organisme et ne paraissent avoir de raison d'être que la grossesse elle-même. J'élimine tout de suite ces apoplexies qui apparaissent dans l'albuminurie, une des complications les plus graves et les plus fréquentes de la période de gestation.

Ces hémorrhagies sont remarquables par leur soudaineté et leur abondance, mais elles sont d'une bénignité qui contraste avec l'étendue de l'épanchement.

Elles disparaissent après l'accouchement sans laisser le plus souvent de taches régressives et la vision se rétablit. Cela tient sans doute à ce qu'elles se produisent dans une phase physiologique et non dans un état pathologique. Leur cause est mécanique.

Des manifestations syphilitiques oculaires et de leur traitement. — M. GILLET DE GRANDMONT. Les conclusions de ce travail, appuyé sur observations de syphilis récente ou ancienne, sont les suivantes :

1° Les manifestations syphilitiques sur l'œil sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne pourrait le croire de prime abord.

2° On est autorisé à soumettre les malades au traitement hydrargyrique à titre de pierre de touche, mais seulement si l'on emploie les injections hypodermiques qui, par leur rapide action, tranchent rapidement la question de la syphilis et qui ne troublent pas l'économie comme la même médication prise par la voie stomacale.

3° La méthode des injections hypodermiques, préconisée par M. Martineau, constitue la médication qui s'applique le mieux aux accidents primitifs et ultimes de la syphilis, elle en abrège la durée tout en précipitant les manifestations.

Efficacité curative de la péritomie partielle faite en face des abcès et ulcères graves périphériques de la cornée. — M. PROUFF (de Limoges). Des observations très nombreuses ont démontré à M. Prouff que cette opération était toujours inoffensive et très efficace contre les abcès et ulcères sthéniques de la cornée ; elle fait cesser rapidement les douleurs et hâte la guérison.

D'ailleurs, elle ne peut qu'augmenter, par une absorption plus active, l'action des médicaments qu'on met dans l'œil, et d'autre part, elle ne nous prive d'aucun des moyens déjà consacrés par l'expérience ; concurremment, le Dr Prouff emploie au besoin les pointes de feu, la ponction de la chambre antérieure, etc.

M. PONCET admet que cette péritomie partielle donne des résultats immédiatement satisfaisants, mais elle lui paraît grosse de conséquences pour l'avenir, à cause du grand nombre des filets nerveux qui sont ainsi coupés. Cela peut être la source de névralgies très vives et très persistantes, comme M. Poncet a pu en faire l'expérience par lui-même.

Des taches de la cornée, de leur traitement. — M. HUBERT. De tous les moyens d'irritation, l'électrolyse est celui qui présente l'action la plus puissante et en même temps la plus facile

à graduer comme durée, comme étendue et comme intensité.

Contre les opacités cornéennes d'origine glaucomateuse, il faut s'abstenir formellement de l'électrolyse, et, dans les cas d'adhérences de l'iris, ayant déterminé une augmentation de tension, il faut toujours pratiquer au préalable une opération ayant pour effet de diminuer la dureté du globe oculaire.

L'électrolyse est faite à l'aide d'un petit couteau bipolaire formé par un très fin fil de platine interrompu en son milieu.

De cette façon est obtenue la plus grande réduction possible du point de contact des électrodes avec les parties qui doivent être modifiées et par suite le moins possible de phénomènes de décomposition.

La force du courant employé ne doit pas dépasser 5 à 7 milliampères : le courant est suffisant dès qu'apparaît entre les électrodes un peu de mousse blanchâtre indiquant que la décomposition a lieu. La durée de son application est limitée à 50 ou 60 secondes.

Le couteau bipolaire est promené à la surface de la tache par de légers mouvements de va et vient d'où résulte un détachement de la couche épithéliale et parfois l'apparition d'un lacis de vaisseaux sanguins lorsqu'il en existait avant quelques vestiges.

Depuis environ six mois, sur près de trente individus d'âges très différents, nous avons employé l'électrolyse bipolaire contre des taches anciennes et demeurées entièrement stationnaires. Dans deux tiers des cas nous avons obtenu une amélioration très notable.

Du traitement de la sclérose cornéenne et de l'épisclérite par la péritomie ignée. — M. Louis Vacher (d'Orléans). Le but que je poursuis dans cette étude est d'appeler l'attention sur les résultats remarquables que j'ai obtenus dans ces deux affections si graves, en remplaçant la péritomie aux ciseaux, et les pointes de feu par la péritomie ignée.

Je veux donc proposer de remplacer la péritomie ordinaire, dans toutes les circonstances où on l'emploie, par une cautérisation circulaire complète et légèrement pratiquée, au moyen d'une petite anse de galvanocautère dont on augmente la chaleur à volonté. Mes observations sont peu nombreuses, mais elles montrent que, quelle que soit la sclérose et l'ancienneté des accidents, la péritomie ignée rend à la longue la transparence à la cornée.

M. Prouff a opéré trois cas par le procédé de M. Vacher et cela avec le plus grand succès.

M. Dianoux a observé après la péritomie ignée un cas d'aplatissement de la cornée.

M. Coursserant. Je suis très partisan de la tonsure conjonctivale dans les cas d'ulcère et d'abcès de la cornée, quoique depuis les antiseptiques et les pointes de feu, son emploi soit moins fréquent. Mais M. Prouff se trompe lorsqu'il dit que c'est une thérapeutique nouvelle. Furnari lui-même la conseillait. Desmarres père et Coursserant père la pratiquaient très souvent. Il est facile de trouver le bien fondé de mon dire dans la *Gazette des hôpitaux* et dans l'ouvrage de Mackensie, entre autres.

De la cautérisation avec le jus de citron dans la conjonctivite pseudo-membraneuse et diphthéritique.— M. Fieuzal. Les conjonctivites purulentes accompagnées de formation de fausses membranes, d'infiltration grise sous-épithéliale (infiltration diphthéroïde) ou même de véritable infiltration diphthéritique, se trouvent très heureusement influencées par les cautérisations avec le jus de citron.

Je me suis très bien trouvé de l'emploi simultané du jus de citron et des cautérisations partielles, avec la solution à 2 0/0 de nitrate d'argent, et voici comment je procède : avec le pinceau imbibé de jus de citron, fraîchement exprimé, je touche les parties de chacune des paupières dont la muqueuse est le siège, soit d'une fausse membrane déjà formée, soit d'une infiltration grisâtre diphthéroïde ou diphthéritique. Après avoir laissé le pinceau, ainsi imbibé, au contact de la partie grise, pendant quelques minutes, en la frottant légèrement, je lave à l'eau tiède et aussitôt après, avec le même pinceau, imbibé cette fois de la solution à 2 0/0 de nitrate d'argent, je touche uniquement les parties de la muqueuse qui ne sont pas envahies par l'infiltration et qui sont le siège du gonflement inflammatoire.

Je procède ainsi sur chacune des paupières, séparément, et j'ai toujours constaté que, dès les premiers pansements exécutés de la sorte, la partie grise, au lieu de gagner en étendue, se restreint concentriquement et arrive dans un temps variable, quelquefois très court, à disparaître complètement.

Il ressort des observations qui accompagnent mon travail que les cautérisations doivent être faites avec la plus scrupuleuse attention, car, lorsqu'il existe déjà des plaques d'infiltration dont on ignore l'existence, si on ne renverse pas méthodiquement les paupières, le nitrate d'argent, instillé par gouttes, est de nature à aggraver l'ophthalmie.

M. Coursserant. Je suis étonné d'entendre préconiser ici les cautérisations répétées six et huit fois par jour dans le traitement de l'ophthalmie purulente. Il est généralement admis, et cette opinion est basée sur des faits cliniques nombreux, que le meilleur moyen de transformer une ophthalmie purulente vraie, et qui ne demande qu'à rester purulente, en ophthalmie diphthéritique ou diphthéroïde, c'est justement de la violenter par des cautérisations trop énergiques, ou trop souvent répétées. Il ne me paraît donc pas étonnant que les partisans des cautérisations répétées voient un nombre considérable de diphthéries conjonctivales.

M. de Wecker dit que la diphthérie ne se montre jamais chez les nouveau-nés.

M. Teillais. La conjonctivite diphthéritique est très rare en France. M. Teillais voit à Nantes des conjonctivites pseudo-membraneuses, mais jamais des conjonctivites diphthéritiques. Il fait des lavages au jus de citron et recouvre la conjonctive de poudre d'iodoforme, mais dans la vraie conjonctivite diphthéritique ces moyens sont absolument impuissants.

M. Galezowski n'a vu que trois cas d'ophthalmie diphthéritique ; au contraire la conjonctivite pseudo-membraneuse est très fréquente : il a guéri ses malades avec de l'huile de cade au dixième, alors que des cautérisations fréquentes avaient absolument échoué. Depuis deux ans cependant, M. Galezowski avait abandonné l'huile de cade pour se servir de la pommade à l'iodoforme, mais cette année la pommade à l'iodoforme ne lui a donné aucun résultat, alors que l'huile de cade réussissait de nouveau très bien.

M. Manolescu voit assez souvent en Roumanie de véritables conjonctivites diphthéritiques. Il croit que la conjonctivite diphthéritique et la conjonctivite pseudo-membraneuse ne sont que deux degrés de la même maladie. Après l'évolution d'une conjonctivite pseudo-membraneuse, M. Manolescu a observé chez un malade une paralysie du bras droit.

M. Poncet croit que le meilleur moyen de soigner les ophthalmies est de nettoyer l'œil très fréquemment.

M. Fieuzal. J'ai dans mon travail établi par des observations que les ophthalmies des nouveau-nés étaient, malgré l'opinion contraire émise par M. de Wecker, susceptibles d'affecter souvent un caractère pseudo-membraneux, diphthéroïde et même diphthéritique quelquefois des plus graves.

Du défaut de fusion comme cause de strabisme — M. Gillet de Grandmont. La vision simple à l'aide des deux yeux est le résultat d'opérations complexes. L'une de ces opérations est la contraction musculaire volontaire qui nous fait porter les yeux dans la direction de l'objet à regarder, l'autre est la contraction musculaire involontaire qui, sous la dépendance de l'acte cérébral, la fusion, nous fait donner aux lignes du regard une direction telle que les deux macula soient également impressionnées.

Ces contractions musculaires en faveur de la fusion peuvent être rendues impuissantes sous l'influence d'une lésion cérébrale et devenir la cause du strabisme. Il s'agit d'établir le diagnostic différentiel entre le défaut de fusion, la paralysie musculaire et l'insuffisance musculaire.

Nominations diverses. — M. le Dr Socquet a été nommé membre de la commission permanente de statistique municipale de Paris.

Récompenses. — M. le Dr Berthelot, professeur au Collège de France, est nommé grand-officier de la Légion d'honneur. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Laval (de Vaucluse) et Parant (de Toulouse).

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

VIII. Etude clinique sur les aliénés héréditaires; par Th. Taty. — Th Paris, 1885. J.-B. Baillière, éditeur.

IX. Lesioni della sensibilita organica dei nervi negli alienati (Leçon du 7 février 1885); par E. Morselli, Turin.

VIII. En décembre 1883, MM. Brun et Taty envoyaient à la Société médico-psychologique un mémoire en réponse à la question de concours sur le sujet qui nous occupe. La thèse présente en est une émanation. Elle examine successivement les *héréditaires* qui se rapprochent des imbéciles (intelligence très faible, perversion morale) (Obs. I); les fous raisonnants qui n'ont que peu ou pas d'idées délirantes proprement dites, tendent à se dire persécutés et à se venger réellement de ce qu'on est censé leur faire (hallucinations de l'ouïe rares, absence de jugement, mémoire très développée, perversion morale, faible résistance à l'action de l'alcool, égoïsme, orgueil, méchanceté, semi-excitation ou véritables accès d'excitation, santé physique excellente) (obs. II-VII); enfin les aliénés atteints de délire général enté sur un fond d'excitation maniaque, impulsifs, pervers, malicieux comme les hystériques, rémissions excessivement fréquentes, début de la maladie avant 30 ans, à l'occasion de la puberté, ou à l'occasion de la ménopause (délire systématique hallucinatoire) (obs. VIII-XVI). Tels seraient *les types d'aliénation pure par hérédité*. D'après M. Taty, les signes intellectuels et moraux auraient dans le diagnostic de l'hérédité, beaucoup plus de valeur que les signes physiques (obs. XVIII). Enfin chez les héréditaires, on rencontrerait trois genres de démence, une démence à marche lente (obs. XVII-XXI); une démence à marche lente avec conservation d'une partie de la mémoire, grande excitabilité, conceptions bizarres et originales, persistance d'aptitudes artistiques, de talents spéciaux mais irréguliers et bizarres (obs. XXII); une démence absolue, analogue à celle des autres aliénés (obs. XXIII-XXIV). Dans les conclusions, M. Taty dit que l'hérédité est essentiellement variable dans ses manifestations psychopathiques (période de début ou période d'état), que souvent elle ne se traduit par rien d'apparent, que les signes qui la révèlent sont tantôt l'absence de tout affaiblissement intellectuel, tantôt un affaiblissement très lent, tantôt une démence très précoce, parfois d'emblée, parfois aussi précédée d'une courte période de suractivité intellectuelle.

IX. Le plus souvent, de beaucoup, la *sensibilité organique des nerfs* est augmentée chez l'aliéné. Ce qu'on rencontre en allant par ordre de fréquence décroissante, ce sont, d'après la pratique de Morselli : 1° *Les névralgies du trijumeau ou céphalalgies* psychopathies dépressives entées sur faiblesse irritable et épuisement du système nerveux, hystérie (clou), hypochondrie, mélancolie surtout olighémique, manie congestive, prodromes de paralysie générale, folies toxiques (principalement par oxyde de carbone et hautes températures); 2° *Les névralgies ou paralgies occipitales ou cervico-occipitales* (hypochondriaques hallucinés, mélancoliques anxieux, stupides, neurasthéniques; 3° *Les rachialgies* (cérébropsychopathies secondaires); 4° *Les névralgies intercostales* mélancolie anxieuse, hystérie mâle avec accès d'angoisse et d'hallucinations terrifiantes et aphonie paroxystique); 5° *Les névralgies utéro-ovariennes* folie hystérique, folie périodique menstruelle et cataméniale, folie greffée sur chloro-anémie); 6° *Les névralgies spermatiques* hypochondrie et mélancolie au début, neurasthénie sexuelle, stade prodromique de quelques paralysies générales progressives atypiques, plus ou moins consécutives à la syphilis constitutionnelle; 7° *Les névralgies ou mieux paralgies crurales sciatiques et péronières* (symptôme prémonitoire ou du premier stade de beaucoup de folies secondaires à des processus dégénératifs systématiques de la moelle; paralysie générale); 8° *Les névralgies cutanées*, généralement elles ne sont que l'irradiation d'une névralgie plus profonde, elles en ont tous les caractères; dans quelques formes de folies, surtout dans la folie hystérique elles ont la valeur d'un symptôme qui mène au diagnostic (métallothérapie). Par suite, il faut toujours examiner la sensibilité des aliénés. La tendance au suicide et à la destruction se rattache très souvent à des névralgies. D'où l'utilité de la morphine chez les mélancoliques anxieux et impulsifs (douleurs constrictives, sténocardie).

Kéraval.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

8 mai.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous annoncer le décès d'un savant Berlinois, le Dr en philologie Théodore Bruno, dont le nom est connu dans l'histoire de la chirurgie. Th. Bruno fut longtemps attaché à la bibliothèque royale de Berlin : il est d'une famille de savants originaire de Helmstædt; le plus célèbre membre de la famille est son frère aîné, le chirurgien de Tubingen, Paul Victor von Bruno. Théodore Bruno fut le premier malade que son frère soumit à une opération intra-laryngée sans plaie cutanée; l'opéré avait un polype du larynx vers 1860; peu de temps auparavant, Czermak avait inauguré la pratique du laryngoscope, instrument inventé par le professeur de chant Marcel Garcia en 1854. Le chirurgien, inquiet de l'état de son frère, essaya sur celui-ci d'opérer le polype en passant par la glotte. L'opération ayant réussi, servit de base à toute la laryngologie opératoire actuelle.

Voici maintenant les principales communications faites récemment à la *Société allemande d'hygiène publique*. Dans la dernière séance, M. A. Baginsky a parlé de la manière dont on soigne les enfants dans les crèches (1) à Berlin. Dans une brochure couronnée par l'Académie des sciences de Paris, on a objecté au système germanique qu'il était inférieur à celui employé dans les pays latins surtout.

Malgré l'activité de la police et des municipalités, la surveillance n'est que peu efficace, car les concessionnaires ont toujours leurs intérêts pécuniaires en vue. Dans ces établissements, il n'y a pour ainsi dire pas d'enfants en bas âge nourris au sein.

La charité privée n'a ici que peu d'action, et les deux Sociétés existantes ne peuvent, avec les faibles moyens dont elles disposent, subvenir aux nombreux besoins d'une ville aussi importante que Berlin. Les établissements où l'on garde les petits enfants ont plus en vue les soins moraux que les soins corporels. Pour les enfants naturels, la surveillance sévère des établissements inspectés par la police a diminué la mortalité vis-à-vis des établissements non surveillés.

L'orateur propose quelques améliorations qui semblent fort utiles sous beaucoup de points de vue.

1° Il serait nécessaire que tous les enfants assistés, même ceux placés chez des parents ou des gardiennes non rétribuées, fussent surveillés d'une manière permanente; il y aurait des questionnaires où l'on pourrait inscrire tout ce qui est relatif à cette surveillance.

2° La ville doit s'ingénier à donner autant que faire se peut aux enfants du premier âge la nourriture par excellence, le sein maternel ou celui de la nourrice. On y arriverait en subventionnant les crèches; là, les mères, dans les heures de loisir pourraient venir allaiter leurs enfants. Ces établissements qui fonctionnent fort bien à Paris, peuvent être introduits à Berlin. Les filles-mères doivent recevoir une subvention de la ville. Ces filles-mères, après avoir allaité dans les 3 premiers mois, les plus dangereux pour l'enfant, leur propre nourrisson, pourraient au bout de ce temps servir de nourrices pour des enfants privés du sein maternel. Ainsi on arriverait à diminuer

(1) Le terme allemand dont s'est servi l'auteur est *Haltepflege*; crèche est un terme peut-être un peu trop restreint.

l'épouvantable mortalité des enfants du premier âge, et on obtiendrait une génération robuste, qui ne tomberait pas à charge à la commune plus tard par suite de misère ou de maladies.

3° La surveillance médicale doit être instituée : les médecins officiels ne doivent pas, comme jusqu'à ce jour, être appelés en cas de maladie seulement, mais bien exercer un contrôle permanent sur les enfants de leur circonscription médicale.

4° Les soins donnés aux nourrissons dans les hospices publics, jusqu'ici fort défectueux par suite du manque de nourrices, doivent être rendus plus efficaces par l'institution de stations de nourrices, où l'on trouverait des nourrices obtenues par le système mentionné plus haut.

L'orateur termine en faisant remarquer que la ville ne peut pas tout faire et que l'initiative privée doit venir en aide. La charité, au lieu de se manifester pour des désastres étrangers à la ville, doit se souvenir du proverbe : Charité bien ordonnée commence par soi-même.

Veuillez agréer, etc.. Dr Léop. Casper.

La bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris.

Paris, le 7 mai 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 3 avril dernier, le *Progrès médical* insérait une lettre d'un de vos lecteurs signalant certains abus qui se seraient glissés à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine. Un ouvrage serait resté dehors pendant cinq mois.

Vous croiriez peut-être que le volume en question est venu reprendre enfin la place d'où il était absent depuis si longtemps. Erreur, Monsieur. « Il n'est pas encore rentré » répondent aujourd'hui, comme autrefois les employés. Il paraît même qu'à l'occasion de la lettre que vous avez publiée, le détenteur dudit ouvrage se fâcha, s'irrita : « Puisqu'il en est ainsi, aurait-il dit, je le garde encore et je garde les autres livres que j'ai chez moi. Celui qui les voudra, viendra me les demander. »

Certes, chacun partage l'avis de votre correspondant et comprend que Messieurs les Professeurs doivent pouvoir jouir, le plus largement possible des ressources qu'offre la Bibliothèque. On serait fort mal venu de s'en plaindre, mais, après six mois, Monsieur le Rédacteur !.....

Donc, puisqu'il en est ainsi, il ne reste plus qu'à annoncer à Messieurs les Etudiants, dans votre plus prochain numéro, qu'une succursale de la Bibliothèque de la Faculté est établie chez M. X***, professeur agrégé. « S'adresser aux garçons de service à l'Ecole, pour tous renseignements désirables. »

Cette mesure paraît être le seul moyen de compenser les inconvénients de cette exploitation. Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'hommage de mes respectueuses salutations.

Un de vos abonnés, X...

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales; par Spencer Wells, édition française publiée avec le concours du Dr J. Keser (in-8, 390 pages, avec 55 figures dans le texte, aux bureaux de la *Semaine médicale*, Paris, 1885).

Ainsi que le dit l'auteur dans sa préface, ce livre est plutôt un ouvrage nouveau qu'une 2e édition de celui de 1865. La vulgarisation de l'ovariotomie, dans laquelle une si large part revient à Spencer Wells, a déterminé d'immenses progrès dans la chirurgie abdominale, et le champ défriché par l'éminent chirurgien anglais s'est singulièrement agrandi. C'est sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'ovaire que se sont greffés ceux des affections abdominales : aussi, le sujet ayant pris aujourd'hui une extension considérable, l'ouvrage de Spencer Wells renferme de nombreuses additions.

La première partie constitue les deux tiers du livre ; elle est réservée au diagnostic et au traitement des tumeurs de l'ovaire, qui y sont magistralement exposés. La seconde, qui contient les faits les plus nouveaux, traite des tumeurs de l'utérus, des reins et des autres organes abdominaux, on y trouvera d'intéressants chapitres sur la myomotomie, l'opération de Porro, la néphrectomie, la cholécystectomie, la gastrostomie, la pylorectomie, le traitement chirurgical de la péritonite.

L'autorité de l'auteur, sa longue expérience, rendent superflu tout éloge de son livre : les transformations qu'il lui a fait subir en font un véritable ouvrage d'actualité, où les praticiens et les élèves, trouveront sous une forme claire et concise, une foule de documents instructifs, de préceptes précieux et de conseils éminemment pratiques. C. M.

VARIA

Les troubles à l'Ecole supérieure de pharmacie.

On lit dans le *Temps* du 11 mai :

« Les journaux ont publié, sur ce qui s'est passé à l'Ecole de pharmacie, les renseignements les plus contradictoires et les plus inexacts. La situation est aujourd'hui la suivante. Il est vrai que M. Chatin avait donné sa démission de directeur de l'école, mais, après enquête, M. le ministre a jugé *sans fondement* les griefs articulés contre lui et l'a maintenu purement et simplement dans ses fonctions.

« Le conseil de l'Ecole, partageant les sentiments de l'administration, a fait un appel au bon sens des élèves et, pour laisser le temps à tous les sentiments passionnés de se calmer, a émis le vœu que la réouverture du cours de M. Chatin, qui devait avoir lieu ce matin, fût ajournée à jeudi. Le ministre de l'instruction publique a fait bon accueil à cette demande. »

La note maladroite du *Temps*, qui passe pour un journal officiel, n'a pas été pour peu dans la recrudescence des troubles qui ont atteint hier un diapason qu'on ne pouvait prévoir et qui rend impossible la solution que le Conseil des professeurs s'était efforcé d'apporter.

Malgré la présence de plusieurs membres de l'Institut, de professeurs de province qui avaient tenu à accompagner M. Chatin à la reprise de son cours, et dont nous avons constaté la présence dans l'amphithéâtre, un tumulte des plus violents a, pendant une heure, empêché le professeur de faire son cours. Quelques auditeurs ayant essayé d'intervenir ont été hués de la façon la plus pitoyable. A un moment donné, l'un, M. Flau, professeur de province, reçut un violent coup à la tête. On peut dire qu'un combat corps à corps se serait engagé si les rares partisans de M. Chatin avaient voulu continuer à protester. Jamais la colère des étudiants n'était arrivée à un tel paroxysme. Une porte fut enfoncée, malgré les appariteurs, à l'aide d'une échelle dont ils se sont servis comme de bélier.

Ce n'est pas en déclarant *sans fondement* des griefs *parfaitement exacts* que le directeur de l'Enseignement supérieur résoudra cette question qui aujourd'hui paraît insoluble. M. le Directeur de l'Enseignement supérieur nous paraît avoir été bien mal renseigné, et s'être gravement compromis en faisant insérer une pareille note qui *seule* a rendu plus aiguë cette crise, que, grâce à l'intervention des professeurs, nous le répétons, on pouvait croire sur le point d'être terminée.

Association française pour l'avancement des Sciences.

Informations et documents divers. — Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès de Nancy, sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à l'un des secrétaires : M. C.-M. Gariel, secrétaire du conseil, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris ; M. Stoeber, secrétaire-général du Comité local, 66, rue Stanislas, à Nancy. Les membres de l'Association recevront tous les renseignements sur la session de Nancy, alors que le programme en aura été complètement arrêté.

Sous-section d'archéologie. — Sur la demande qui en a été adressée par les membres de la sous-section d'archéologie, il a été décidé que cette sous-section fonctionnerait au Congrès de Nancy, *si le nombre des membres qui doivent y figurer est suffisant*, ainsi que le nombre des communications qui y seront faites. Nous prions donc ceux de nos membres qui s'occupent d'archéologie de faire connaître s'ils se proposent d'assister au Congrès de Nancy, et d'indiquer le titre des questions qu'ils y traiteront ou sur lesquelles ils enverront des mémoires. Il paraît nécessaire de rappeler que les comptes rendus ne sauraient contenir des *monographies* mais seulement des notes indiquant les points nouveaux et essentiels des communications faites : le conseil a cru

devoir se relâcher de cette rigueur pour le Congrès de Blois, les membres de la sous-section d'archéologie n'ayant peut-être pas été renseignés suffisamment lors de la création de cette section, mais dès l'année suivante, il a été appliqué aux travaux d'archéologie les règles strictes qui sont appliquées pour les travaux des autres sections.

Excursions du Congrès de Nancy. — Le Comité local a commencé à s'occuper des visites industrielles et des excursions dont le programme sera donné en détail dans un prochain délai. Nous pouvons indiquer dès à présent que les deux excursions qui auront lieu pendant le Congrès conduiront l'une au Donon, l'autre à Toul et au canal de l'Est : le point extrême de l'excursion finale sera Gérardmer.

Institut Pasteur. — Sur la demande qui lui en a été faite, l'Association Française a constitué un comité de propagande destiné à recueillir des souscriptions pour l'Institut Pasteur. Le comité est composé de : MM. Friedel, membre de l'Institut, président ; Milne-Edwards, membre de l'Institut (de l'Association scientifique de France) ; Rochard, membre de l'Académie de médecine, vice-président ; Collignon, ingénieur en chef des ponts et chaussées, secrétaire ; Schlumberger, ingénieur des constructions navales en retraite, vice-secrétaire ; Galante, trésorier ; Gariel, membre de l'Académie de médecine, secrétaire du conseil ; Verneuil, membre de l'Académie de médecine, ancien président de l'Association ; Bouchard, professeur à la Faculté de médecine, président de la section des sciences médicales pour le Congrès de Nancy. Les fonds destinés à l'Institut Pasteur peuvent être adressés au Secrétariat de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Sœurs médicastres.

Dans une petite commune de Vendée, située à la limite du département des Deux-Sèvres, l'école rurale abrite cinq ou six religieuses. Comme l'Etat ne paie qu'une ou deux institutrices par commune... il faut bien chercher ailleurs quelques ressources. C'est dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie, que les sœurs trouvent leur soutien financier le plus sérieux.

Elles ont, paraît-il, la réputation de guérir le goitre. Il y a quelque temps, un paysan et sa femme entreprenaient un long voyage pour aller demander *aux charitables sœurs, bienfaitrices de l'humanité,* le remède héroïque capable de faire disparaître la tumeur. On arrive. La consultation est donnée, et une boîte de pilules est octroyée au couple, moyennant la modique somme de six francs.

Mais voilà qu'en sortant, la domestique, qui conduisait ces braves gens vers la porte, laisse voir, elle aussi un goitre volumineux... — Je suis volé ! s'écrie le paysan. C'était bien la peine d'entreprendre un si long voyage uniquement pour vider mon porte-monnaie dans la poche des bonnes sœurs ! Ce n'est pas là un fait isolé d'exercice illégal de la médecine par les religieuses ; combien de communes en Vendée, sont ainsi exploitées par les communautés !

Que l'administration veuille bien les rechercher. Elle verra que l'exploitation médico-pharmaceutique donne aux congrégations non seulement de précieux résultats financiers pour elles, mais un moyen de propagande cléricale des plus puissants. Ce petit commerce facilite l'accès des familles, donne une auréole resplendissante à la sœur de charité qui fait tout cela pour l'amour de Dieu et du prochain. Et finalement, ces bonnes religieuses sont les plus redoutables adversaires de la République.

Ainsi que le disait dernièrement un médecin du Finistère, c'est dans l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie qu'elles trouvent leur principale force d'extension et de propagande anti-républicaine. Les parquets ne peuvent réussir à supprimer cet exercice illégal de la médecine, car les gens se laissent voler, maltraiter, tourner en ridicule, mais ne portent presque jamais plainte aux magistrats. (*Lanterne*, mai.)

En enregistrant ces faits, notre but est de montrer la nécessité qui s'impose d'enlever toute fonction dépendant de El'tat, des départements et des communes aux congrégations religieuses. Chaque fois qu'on leur accorde une faveur elles en profitent pour faire de la propagande religieuse, pour faire de l'exercice illégal de la médecine, se moquer des médecins, du parquet et de l'administration.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris.

Vers 1632 à 1634. — Le subject qui a donné occasion de dresser cet article est le défault de la charité qui servent les pauvres dans l'Hostel Dieu. Le dérèglement de leurs actions. Le désordre de leurs inclinations et mouvements

La proposition au point du faict d'union et d'intelligence entre les religieuses dont on croit que l'origine procède du manquement d'une mesme instruction et information en comité d'un mesme esprit de la religion et de la maison divisée par la multiplicité des personnes cõmise s à dresser les esprits de celles qu'on reçoit dans cette maison.

Dans l'Hostel Dieu, il y a des *religieuses professes* et des *novices* qui sont de trois sortes : les *filles en approbation*, les *filles blanches* et les *fillles à chaperon.* Toutes ces filles sont soubz la conduite ou direction de quelqu'une des vingt ou vingt cinq plus anciennes religieuses, ainsi que le maistre et la prieure les assigne. Cette religieuse soubz la charge de laquelle une fille est mise, s'appelle la *mère de religion* au respect de cette fille, et luy sert de maistresse de novices et en effect en doit exercer toutes les fonctions, luy imprimer l'esprit de la religion, luy enseigner la façon de vivre en la maison, le moyen d'observer les règles, la charité à servir les malades, et surtout elle doit veiller sur ses *déportements*, par ainsy il est vray que les jeunes filles ne manquent pas de maistresse de novices, puisqu'au lieu d'une il y *en a plus de vingt* dans la maison d'où l'expérience fait cognoistre que naissent les défaults cy dessus remarquez par les inconvéniens qui ensuyvent.

Premièrement, tous sont d'accord qu'il y a dans cette maison grande diversité d'esprits dont les uns sont plus, les aultres sont moins capables d'avoir la conduite des aultres, voire qu'il y en a d'autant incapables auxquelles donnant la direction de ces jeunes filles, comment peult on présumer quelles dresseront ces nouveaux esprits.

De dire qu'entre les anciennes on discernera celles qui sont capables et qu'à elles seules on dõnera la direction des filles, c'est ce qui excite les murmures, les unes se plaignant qu'on les mesestime : qu'on fait cas des unes et non des aultres pour des respects mondains, que pour n'avoir pas tant d'esprit que les aultres, elles ne sont pas moins de la maison, *que la faveur fait préférer les unes aux aultres, qu'on fait des brigues pour être nõmées mères de certaines filles*, qu'en donnant à gouverner plus de filles aux plus jeunes professes, c'est donc recognoistre qu'on répute les plus anciennes incapables, si on ne leur en donne point du tout, c'est comme les déclarer *des pauvres bestes et idiotes*, et plusieurs aultres discours que quelques unes font, car il y en a d'aultres plus retenues qui resserrent leur mescontentement d'estre mesprisées, estant vencues au point de cette perfection de mespriser destre méprisé.

Secondement en cette diversité de mères qui ont la direction des filles, on recognoist tant de variété d'esprits pour les sentiments, tant de diversité de méthode pour l'instruction, tant de contrariété d'affections et d'inclinations pour les mouvements intérieurs et pour les déportements extérieurs, selon les humeurs des diverses personnes que les jeunes filles ne scavent que suyvre ny à quoy s'attacher, voyant qu'entre les religieuses, les unes blasment les aultres, improuvant les unes, les façons de faire des aultres et entendant dire des unes qu'elles n'ont point l'esprit de religion et des autres qu'elles n'ont point d'amour pour la maison, les pauvres filles ne scavent à quoy se résoudre, car on voit que toutes n'ont pas un mesme esprit, *les unes s'addõnant à la méditation qui les distraict du service des pauvres*, les aultres s'appliequant à la fréquentation des sacrements et s'arrestant à la cõmunion tous les jours, d'autres recherchant des conférences spirituelles *qui voudroient employer un temps démesuré tous les jours, voire à toutes heures avec leurs confesseurs*, ce qui les destourne toutes granddement du service des pauvres qui est le but principal et *quasi tout ce qu'il fault apprendre aux jeunes et faire pratticquer aux religieuses*, ce qu'on ne peult espérer qu'en coupant la racine d'où pullulent toutes ces choses superflues et infructueuses, scavoir est la multiplicité des mères.

Tiercement de ce partage qui se fait des filles soubz tant de mères n'aist le mesme désordre qui se glissa dans la primitive église dont sainct Paul se plainct en la première aux Corinthiens *unusquisque vestrum dicit Ego quidem sum Pauli, ego vero ego autem Christi.*

Chachune disant moy je suys disciple de Paul et moy de Pierre, les *premiers chrestiens faisant comme des sectes en faveur des sœurs pedagogues en la foy,* ainsi dans l'Hostel Dieu il *y a des petites ligues et partialitez*, de sorte que plusieurs filles ne se soucient que de leurs mères comme si les autres n'estoient rien, ou qu'elles ne leur deussent rien, et ne veulent endurer des aultres affin que je ne dise quelles mesprisent celles qui sont en mauvaise intelligence avec leurs mères.

En quatriesme lieu, à ce mal déclaré est annexé le suyvant comme la cause a son effet, c'est que les mères soubstiennent leurs filles en plusieurs *imperfections*, adhèrent en leurs humeurs, se formalisent si d'aultres se meslent de les reprendre et en suitte de cela les filles demeurent sans correction dans leurs mauvaises habitudes, voire mesme sans remonstrances ou advertissement de leurs fautes où *elles s'endurcissent et deviennent incorrigibles.*

Cinquiesmement : Si quelque fille tesmoigne d'improuver quoy que ce soit des actions de sa mère qu'elle descouvre plus souvent a cause quelles sont dordinaire avec elles encores que ce fust chose capable de scandaliser un esprit religieux, comme de retenir du propre, de murmurer et mesdire des supérieurs, de se soubz-

traire du service des pauvres, de donner quelque chose en cachette. Aussi tost cette mère prend une aversion de sa fille et convertit la vicieuse affection de soubstenir les faultes de sa fille en une contraire passion de haine irréconciliable, elle estudie les moyens de rendre cette pauvre fille odieuse, blasme toutes ses actions, l'accuse souvent et fait de ses petites faultes des crimes capitaux et veut estre creue, elle entre en jalousie que cette fille sentretienne avec ses compagnes, qu'elle parle à daultres religieuses, et surtout quelle sabbouche avec quelques supérieurs, car elle veult que la fille lui *rande compte de tous les propos quelle a dit ou de ceux quelle a entendu.*

Sixiesmement, n'osent se plaindre de beaucoup de temps qu'elles perdent auprès de leurs mères, comme quil faille *tous les matins avant toutes choses aller donner le bon jour a cette mère*, que le soir il faille se trouver à sa chambre où il se passe beaucoup de temps après l'heure qui est prescripte pour la retraitte, qu'on y rompt le silence *par les rapports de toutes les actions des sœurs qui servent d'entretien et souvent de mesdisance.* Il y a plus que quelques filles *servent plus vilement quelques mères que si elles estoient leurs chambrières* : car quoy qu'il soit raisonnable que ces filles soulagent leurs mères en ce qui est du petit mesnage de leur chambre et à nettoyer et accomoder leurs habits, si est-ce qu'il n'y fault employer du temps et de la peine qu'autant que la necessité et l'honesteté le requiert sans y apporter avec la curiosité de la superfluité à rechercher *munditias in calicio*, tellement qu'il devroit suffire qu'il y eust une seule fille à rendre ce service à chacune des anciennes mères sens que plusieurs se trouvent là comme des officiers près d'une dame : nous ne parlons pas de plusieurs subjections que les filles randent ausdittes mères et des respects qui ne s'observent pas mesme dans le monde, comme ce que quelques mères veulent que leurs filles les allent chercher pour venir au couvent, encores que le son de la cloche les advertisse assez.

Si on dit que c'est une innovation et changement.

Responce qu'on a bien fait un soubz maistre depuys et que cela semble necessaire et utile.

Si on dit qu'une religieuse ne peult avoir la direction de quarante ou cinquante filles.

Comment pourroit-elle recognoistre leur déportements estans dispersées en tant doccupations et en tant de lieux?

Comment pressera t'elle la paresse de plusieurs qui ne se leveroient pas le matin (qu'à la haste) n'estoit la crainte qu'elles ont de manquer à se trouver dans la chambre de leurs mères.

C'est tout ce que peut faire une qui nen a que deux ou trois que de veiller sur *leurs déportements* et les bien conduire.

J'advoue que cette difficulté est grande et qui peult le plus differer à l'establissement d'une maistresse des novices si on ne trouvoit un remede pour descharger une partie du fardeau de cette maistresse des novices par le moyen qui s'ensuit :

C'est ascavoir quelle seule immediatement et par soy auroit soing des douze plus anciennes filles novices qui sont ou en l'année d'approbation ou les premières pour y entrer, et pour les aultres elle auroit soubz soy une seconde et troisiesme maistresses dont l'une auroit le soing des douze dernières receues tant filles à chaperon que filles blanches ; et l'aultre auroit le soing des filles qui sont entre les douze plus anciennes et les douze dernières, en sorte que ces deux gouverneroient par l'advis et selon le conseil et mouvement de la première maistresse qui leur dõneroit l'ordre et la methode de se conduire en la conduitte des filles ayant la sollicitude pourtant sur touttes, apprenant de ces deux seconde et troisiesme maistresse comme les filles se comporteroient, et les authorisant en l'instruction [illegible] leurs donneroient.

Par ce moyen par [illegible], ces trois personnes conduiroient [illegible] toutes ces jeunes ames et leur donneroient mesmes inclinations et mesmes [illegible] dans lexercice de leur profession : elles recognoistroient [illegible] la portée de chasque esprit et les dresseroient [illegible] trouverait propre. Tel est propre pour [illegible] malades en ville, a quoy un aultre ne reussiroit, qui [illegible] propre à quelque service dans la maison [illegible] en habileté. Tel sera capable d'estre dressé pour exercer un office comme de la porte, qui ne pourroit dignement [illegible] lapoticquairerie. Or dès la jeunesse [illegible] les differences des esprits, il est bon de dresser chacune [illegible] pour estre son talent encores qu'on ne laisse pas de leur donner l'instruction generalle qui ne doit empescher la [illegible] particuliere.

Si on dit que ces trois Religieuses ne s'accorderont jamais.

Responce que cela dependera des superieurs a les contenir en bonne intelligence, [illegible] la cognoissance de [illegible] quelle dont et en la subordination [illegible] imprimée dans leur esprit, il ny aura pas plus de peine que quand on donne une aide a quelqu'une en une charge quelle ne peut exercer seule, comme la soubz prieure ou les maistre et soubzmaistre.

Si on dict que par ce moyen la diversite et bigarrure de l'instruction demeure encore dans la maison et par ainsy qu'on n'aura pas remédié aux six inconvénients cy dessus declarez.

Responce qu'il y a bien de la différence de mettre trois personnes pour la conduitte d'une grande classe qui est une vraye oligarchie, ou den mettre vingt ou vingt cinq qui est une vraye policratie, cette dernière façon de gouverner emporte une plus grande confusion au lieu que la première y remedie et semble la meilleure approchant de la monarchie tempérée de *l'aristoligarchie* puisque les deux seconde et troisiesme maistresses agiront comme maistres de l'esprit de la première.

Il reste une difficulté qui en ce faisant, ce sont trois religieuses quon distrayra de tout aultre service de la maison et qui ne voudront ny ne pourront vacquer à aultre chose.

Response quon ne prétend pas que ces maistresses soient exemptes daucun service quelles rendroient nestant pas maistresses et nentend pas que cette direction des filles soit un office aiant une seule commission pour deux ou trois ans, durant lequel temps mesme celles qui ont des offices comme la prieure et la soubz prieure, la mère de la porte ou de l'apoticquairerie ou des accouchées pourront estre nommées et cela ne les empeschera aucunement de faire les fonctions de leurs charges et le service quelles doibvent auprès des malades. Car maintenant il y en a qui ont six ou sept filles à gouverner et qui s'en acquittent très-bien sans pour cela manquer à des offices qu'elles ont et si elles sont les premières a tous les aultres services des pauvres et de la maison, il ny a qu'à s'entendre et seavoir despenser son temps et ses actions et quand pour ce cõmencement on choisiroit la soubz prieure et Marguerite Doucet avec une aultre troisiesme quon adviseroit, je veux croire quon verroit heureusement succéder et avant quil fust peu de temps.

Et en instituant cet ordre on ne veult pas priver les anciennes Religieuses destre adsistées,voire servies par les jeunes filles, car l'intention est que la maistresse commandera par exemple à la première fille de service, la dixiesme religieuse, pour trois ou pour six mois et qu'après ce temps,elle changera cette fille, luy commandant de servir une aultre religieuse pour pareil espace de temps en substituant une aultre fille aussy pour servir la dixiesme religieuse et ainsi consécutivement faisant le mesme de toutes les aultres filles au respect des aultres mères anciennes, de sorte que par ce moyen toutes les filles serviront successivement et l'une après l'autre toutes les religieuses, les cognoistront particulièrement et se feront auprès d'elles. Et réciproquement, les religieuses recognoistront lesprit de toustes les filles et les chériront chacune en particulier sans qu'il y ait subjet de s'attacher plus aux unes qu'aux aultres, ny d'en soustenir les aultres et d'avoir de la passion contre les aultres. (Liasse 875.) (Arch. Assistance publique).

Concours d'agrégation de médecine.

Sont admis à prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris, le 1er juin 1886, pour neuf places d'agrégés des Facultés de médecine (section des sciences physiques), les candidats dont les noms suivent :

Académie de Douai. — MM. Morelle (Emile-François-Joseph), né à Haspres (Nord) le 10 octobre 1834, docteur en médecine de la Faculté de Lille. — *Chimie et toxicologie.* — Thibaut (David-Léopold-Henri-Louis), né à Lille (Nord), le 21 novembre 1848, docteur en médecine de la Faculté de Lille. — *Chimie et toxicologie.*

Académie de Lyon. — MM. Guérin (Félix-Gabriel), né à Saint-Vallier (Drome), le 14 juin 1852, docteur en médecine de la Faculté de Lyon. — *Physique.* — Didelot (Marie-Augustin-Léon), né à Chatillon-sur-Seine (Cote-d'Or), le 21 aout 1850, docteur en médecine de la Faculte de Lyon. — *Physique.* — Florence (Albert), né à Munster (Haut-Rhin), le 25 avril 1851, docteur en médecine de la Faculté de Lyon, pharmacien de 1re classe. — *Pharmacie.*

Académie de Montpellier. — MM. Hugounenq (Louis-Joseph), né à Lodeve (Hérault), le 21 février 1860, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — *Chimie et toxicologie.* — Lauret (Magloire), né à Montpellier (Hérault), le 21 novembre 1853, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — *Physique.* — Malosse (Jean-Léon-Louis-Socrate-Theodore), né à Sagnes-et-Goudoulet (Ardèche), le 19 mai 1848, docteur en médecine de la Faculte de Montpellier, pharmacien supérieur de 1re classe. — *Physique.*

Académie de Nancy. — M. Leroy (Claude-Jules-Arthur), né à Crest (Drome), le 24 juillet 1853, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Physique.*—Chevy (Léon-Eugène), né à Chabris (Indre), le 24 mars 1851, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Chimie et toxicologie.* — Fauconnier (Adrien), né à Paris, le 15 mars 1858, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Chimie et toxicologie.* — Lambling (Eugène-Frédéric), né à Bischwiller (Bas-Rhin), le 10 novembre 1857, docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — *Chimie et toxicologie.*

Sont admis pour prendre part au concours qui s'ouvrira à Paris le 1[er] juin 1886, pour douze places d'agrégés des Facultés de médecine (sections des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles), les candidats dont les noms suivent :

Académie de Bordeaux. — MM. Ferré (Jean-Hippolyte-Gabriel-Paul), né à Bordeaux (Gironde), le 5 juin 1858, docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux. — *Anatomie et physiologie.* — Nabias (Barthélemy-Marie-Napoléon), né à Montaner (Basses-Pyrénées), le 15 août 1860, docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux. — *Histoire naturelle.*

Académie de Douai. — MM. Barrois (Théodore-Charles), né à Fives (Nord), le 10 février 1857, docteur en médecine de la Faculté de Lille. — *Histoire naturelle.* — Colas (Etienne-Antoine-Charles), né à Lille (Nord), le 16 novembre 1854, docteur en médecine de la Faculté de Lille. — *Histoire naturelle.*

Académie de Lyon. — MM. Jaboulay (Mathieu), né à Saint-Genis-Laval (Rhône), le 3 juillet 1860, docteur en médecine de la Faculté de Lyon. — *Anatomie et physiologie.* — Rodet (Alexandre-Joseph), né à Lyon, le 30 juillet 1855, docteur en médecine de la Faculté de Lyon. — *Anatomie et physiologie.*

Académie de Montpellier. — M. Gilis (Jean-Louis-Paul-Marie-Antoine), né à Molières (Tarn-et-Garonne), le 25 janvier 1857, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — *Anatomie et physiologie.*

Académie de Nancy. — MM. Guillemin (Paul-Augustin-François), né à Rombas (Moselle), le 30 avril 1857, docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — *Anatomie et physiologie.* — Nicolas (Marie-Adolphe), né à Pont-à-Mousson (Meurthe), le 1[er] mars 1861, docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — *Anatomie et physiologie.* — Rémy (Albert-Charles), né à Atton (Meurthe), le 11 novembre 1852, docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — *Anatomie et physiologie.*

Académie de Paris. — Assaky (Georges), né à Jassy (Roumanie), le 1[er] janvier 1855, naturalisé Français par décret du 29 décembre 1884, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Genevoy (François-Léonard-Marie), né à Paris le 1[er] septembre 1853, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Histoire naturelle.* — Gley (Marcel-Eugène-Emile), né à Epinal le 16 janvier 1857, docteur en médecine de la Faculté de Nancy. — *Anatomie et physiologie.* — Guinard (Marie-Aimé-Désiré), né à Saint-Etienne (Loire), le 8 mai 1856, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Mougene de Saint-Avid (Hyacinthe-Michel-Léonard-Marie), né à Castelnaudary (Aude), le 31 décembre 1857, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. — *Histoire naturelle.* — Poirier (Paul-Julien), né à Grandville (Manche), le 9 février 1853, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Princeteau (Laurent), né à Saint-Loubès (Gironde), le 1[er] mai 1858, docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux. — *Anatomie et physiologie.* — Quenu (Edouard-André-Victor-Alfred), né à Marquise (Pas-de-Calais), le 21 juillet 1852, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Retterer (Edouard), né à Muttersoltz (Bas-Rhin), le 10 octobre 1851, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Tapie (Joseph-Paul-Auguste), né à l'Isle-en-Dodon (Haute-Garonne), le 14 février 1860, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.* — Variot (Gaston-Felix-Joseph), né à Demigny (Saône-et-Loire), le 2 juin 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — *Anatomie et physiologie.*

Dispensaire Furtado-Heine.

Aux termes d'un décret rendu le 27 avril 1886, la section de l'Intérieur, de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes du Conseil d'Etat entendue, le dispensaire pour les enfants des deux sexes, fondé à Paris en 1884, par M[me] Furtado, veuve Heine, est reconnu comme établissement d'utilité publique. Afin de perpétuer le souvenir de la fondation, cet établissement portera le nom de : « *Dispensaire Furtado-Heine.* »

Sont approuvés les statuts de l'œuvre, tels qu'ils sont annexés audit décret. — Le trésorier du dispensaire Furtado-Heine est autorisé à accepter, aux charges, clauses et conditions imposées, la donation entre vifs offerte a cette œuvre, en vue de sa reconnaissance légale, par la dame Cécile-Charlotte Furtado, veuve Heine, et consistant : 1° En un immeuble sis à Paris, rue Delbet, 4 et 6, d'un revenu estimatif de 10,000 francs ; — 2° Dans les meubles et objets mobiliers garnissant ledit immeuble ; le tout d'une valeur estimative de 24,000 francs ; — 3° En 100,000 francs de rentes 3 0/0 sur l'Etat français. — Il sera passé acte public de cette donation.

Institut Pasteur.

Une souscription faite par MM. les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, en faveur de l'Institut Pasteur, a produit 400 francs. (*Montpellier Médical*). — Le *Journal officiel* du 9 mai publie la 24e liste des souscripteurs. Le total général est de 682,504 francs. — Le *Journal d'Alsace* annonce que la souscription qu'il a ouverte pour l'Institut Pasteur est close ; il fait en même temps le relevé des sommes qui ont été recueillies par les différents journaux d'Alsace-Lorraine. Ces sommes atteignent le total de 43.413. fr. — Le conseil municipal de Roubaix, dans sa séance d'ouverture de la session de mai, a voté un crédit de 1,000 fr. pour l'Institut Pasteur. Il a, en outre, décidé de donner le nom de l'illustre savant à l'une des rues de la ville. Le conseil municipal d'Autun a voté un crédit de 100 fr. pour le même objet. — Le *Journal officiel* publie la vingt-quatrième liste de souscriptions pour l'Institut Pasteur, dont le produit est de 15,276 fr. 85. L'ensemble des souscriptions recueillies jusqu'ici s'élève à 682,504 fr. 67. — Les Conseils Généraux de la Loire et de l'Hérault ont voté 1,000 francs.

Le choléra en Italie.

Nos renseignements sont très incomplets. A la date du 9 mai, le choléra paraissait avoir disparu de Brindisi. — On signalait à Venise, 10 cas de choléra et 4 décès ; — à Latano, 5 cas nouveaux ; dix cas et 4 décès à Ostuni ; le lendemain 4 cas et 2 décès. — Les dépêches du 12 annoncent l'apparition du choléra à Bari ; celles du 13 annoncent 20 cas et 4 décès ; à Aria un cas et un décès.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 17. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Le Dentu, Farabeuf, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Fournier, Terrier, Reclus ; — 2e partie : MM. Hayem, Lutz, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Nicaise, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Gueniot, Cruveilhier, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Potain, Damaschino, Straus.

MARDI 18. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Cruveilhier, Bouilly. 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Grancher, Mathias-Duval, Campenon ; — 2e partie : MM. Ball, Bouchard, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Raymond ; — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Berger, Humbert. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. Jaccoud, Cornil, Hallopeau. — 3e d'*Officier de santé* (Charité) : MM. Laboulbène, Richelot, Troisier.

MERCREDI 19. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Terrier, Farabeuf, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Le Dentu, Nicaise, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Guéniot, Cruveilhier, Ch. Richet. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Potain, Damaschino, Joffroy.

JEUDI 20. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Richelot, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Bouchard, Peyrot ; — 3e *Série* : MM. Mathias-Duval, Delens, Debove. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Cruveilhier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Berger, Bouilly. — 4e *de Doctorat* : MM. Péter, Laboulbène, Hanot.

VENDREDI 21. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cruveilhier, Farabeuf, Rémy. — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Béclard, Lutz, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Gautier, Peynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guéniot, Le Dentu, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Terrier, Budin.

SAMEDI 22. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Cornil, Delens, Campenon. — 1er d'*Officier de santé* : MM. Ball, Richelot, Peyrot. — 2e d'*Officier de santé* : MM. Pajot, Péter, Bouilly. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Cruveilhier, Debove ; — 2e partie, 2e *Série* : MM. Grancher, Berger, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 3e *Série* : MM. Laboulbene, Mathias-Duval, Charles Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : Le Fort, Duplay, Ribemont-Dessaignes.

Théses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 19. — M. B chadergue-Lagrèze. Incontinence d'urine sans fistule, consécutive a l'accouchement. — M. Hirschfeld. Contribution à l'etude des injections hypodermiques des ferragineux. — *Jeudi* 20. — M. Tarral. De l'érythème scarlatiniforme et rubéoliforme dans le choléra. — M. Julien. Contribution a l'étude de la stomatite dans la rougeole. — M. Duhamel. De la pneumonie aiguë chez les tuberculeux. — M. Archambault. Des manifestations laryngees aiguës du rhumatisme. — *Vendredi* 21. — M. Feulard. Teignes et teigneux. — M. Gautier. Du pseudo-étranglement dans l'ectopie inguinale.

Enseignement médical libre.

Cours de dermatologie. —M. le docteur E. VIDAL a repris ses conférences cliniques le 5 mai 1886, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis (salle Alibert), et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Cours sur les maladies des femmes. — M. le docteur CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, a repris ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 10 mai 1886, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Leçons cliniques sur les maladies de la peau.* — M. le Dr QUINQUAUD commencera ses leçons le mercredi 19 mai, à 4 heures de l'après-midi, à la salle des Conférences de l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 2 mai 1886 au samedi 8 mai 1386, les naissances ont été au nombre de 1037 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 358; illégitimes, 148. Total, 506. — *Sexe féminin* : légitimes, 400; illégitimes, 131. Total, 531.

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 mai 1886 au samedi 8 mai 1886, les décès ont été au nombre de 1140, savoir : 604 hommes et 536 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4 F. 6. T. 10. Variole : M. 1. F 3. T. 4 — Rougeole : M. 14 F. 16, T. 30. — Scarlatine : M. 6. F. 2 T. 8. - Coqueluche : M. 9 F. 10 T. 19. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 20, T. 36. —Dyssenterie : M. 0. F. 1, T. 1.— Erysipèle : M. 3, F. 2. T. 5. — Infections puerpérales : 4 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 22 F. 21, T. 43.— Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 75 T. 198. —Autres tuberculoses: M 32, F. 17. T. 49.—Autres affections générales : M. 20. F. 30. T. 50 —Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 27, F. 31, T. 58. —Bronchite aiguë: M. 21 F. 19, T. 40 — Pneumonie : M 58, F. 58, T. 116 — Athrepsie : M. 50, F. 35 T 85. — Autres maladies des divers appareils : M 172, F. 164, T. 336.— Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. —Morts violentes : M. 18, F. 9. T. 27.— Causes non classées M. 8, F. 13, T. 21.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 12. Total : 46 — *Sexe féminin* : légitimes, 27 ; illégitimes, 15. Total : 43.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. Maille est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille jusqu'au 31 octobre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. François, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé pour six ans chef desdits travaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans sa séance de lundi 9 mai, l'Académie des sciences a élu, membre titulaire, M. Bornet (section de botanique).

HERBORISATION. — M. BUREAU, professeur de botanique au Muséum d'histoire, naturelle fera sa prochaine herborisation le dimanche 16, à Charenton. Rendez-vous porte de Bercy (Pont-National) à midi.

LABORATOIRES D'HISTOLOGIE. — On vient de créer, à la Préfecture de police, un troisième laboratoire, qui est spécialement destiné aux examens histologiques.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire remplacer, pendant le deuxième semestre de l'année 1885-1886, par M. Hamy, aide naturaliste audit établissement.

NOMINATIONS. — Le Pr H. ERMUNSGHAY (de Dorpat), va être appelé à Fribourg (chaire de psychiatrie).— Le Dr S. KOSTIJURIN, de l'Académie de médecine militaire à Saint-Pétersbourg, a été nommé professeur de pathologie générale à l'Université de Charkow.

NÉCROLOGIE. — M. Henri FAUVEL, jeune chimiste distingué, fils de l'ancien médecin de l'Hotel-Dieu, s'est noyé il y a quelques jours, en opérant des prélèvements d'échantillon d'eau de Seine, vers le pont d'Epinay. Ancien élève du laboratoire de Wurtz, M. Fauvel était entré au Laboratoire Municipal à sa fondation et y resta de Juin 1881 jusqu'au milieu de l'année 1884. Là il s'était spécialement occupé d'hygiène : analyse des gaz dans les cimetières, recherches des causes d'altération du lait, etc. M. le professeur A. Proust eût maintes fois recours à lui dans différentes recherches qu'il avait entreprises. Le travail le plus important de M. Fauvel fut un mémoire sur les *Algues trouvées dans les biberons*, mémoire couronné par l'Académie de médecine. C'est en travaillant une fois de plus à une question d'hygiène, en apportant son tribut aux documents qui doivent vaincre toutes les résistances, que M. Fauvel a trouvé la mort dans la force de l'âge. — Dr F.-K. KUETTNER (de Heidelberg), connu par un certain nombre de travaux d'anatomie pathologique. — Dr don Juan y CKERNER-CUESTA, rédacteur en chef de la *Correspondencia medica*. — M. E. LINNEMANN, professeur de chimie à Prague. — Le Pr N. WORONZOWKI (de Moscou). — M. le Dr Rodolphe MONNIER, médecin principal de 1re classe, ancien professeur d'anatomie au Val-de-Grâce, médecin en chef des ambulances de Sedan, vient de mourir à l'âge de 73 ans. — On annonce aussi la mort de M. le Dr Hervé DE LAVAUR. — Le *Petit Var* du 12 mai nous apporte l'annonce de la mort, à 37 ans, de M. le Dr L HUGUES (de Collabrières). Il était maire de sa commune à laquelle il a rendu de grands services. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* enregistre la mort de M. le Dr M. L. Fr. DAUZAT, né en 1806; il fut successivement professeur d'histoire naturelle au lycée de Bordeaux, inspecteur d'académie et enfin recteur.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT a repris ses conférences du *mardi* ; nous indiquerons la date de la reprise des leçons du lundi — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.— *Maladies mentales* : M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

Hôpital Bichat. — *Clinique médicale* : M. HUCHARD, le dimanche à 9 heures 1/2.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Clinique des maladies mentales.* — M. le professeur BALL reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 16 mai 1886, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred FOURNIER reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 14 mai 1886, à neuf heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : les mardis, leçon au lit des malades. — Les vendredis, leçon à l'amphithéâtre (10 heures). — Les jeudis, leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le Dr J. DARIER, chef du laboratoire d'histologie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — 1re session. Paris, 1885. Président : M. le professeur U. TRÉLAT ; — Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le Dr S. POZZI, secrétaire général. Volume in-8 de 668 pages avec 19 gravures. — Prix : 14 fr.

Librairie ASSELIN, HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

DIDAY (P.). — La pratique des maladies vénériennes. Volume in-12 de 560 pages. — Prix : 6 fr.

LANNELONGUE. — Coxotuberculose. Leçons faites à la Faculté de Médecine recueillies par le Dr Ménard. Volume in-8 de 220 pages, avec 35 figures et 4 planches en chromolithographie. — Prix : 12 fr.

BYFORD (H.-T.). — The production and prevention of perineal lacerations during labor, with description of an unrecognez form. Brochure in-8 de 16 pages. — Chicago, 1886. — Office of the association.

LIMA (Questão Rodrigues). Brochure in-8 de 114 pages. — Bahia, 1885. — Imprensa Economica.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

COSTE (M.). — Etude clinique sur le choléra au Pharo, pendant l'épidémie de 1885. Brochure in-8 de 86 pages. — Prix : 2 fr.

MASSELON (J.). — Précis d'ophtalmologie chirurgicale. Volume in-12 de 504 pages, avec 118 figures. — Prix : 6 fr.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 21. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 MAI 1886

Le Progrès Médical

LARYNGOLOGIE

Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal ;

Par le Dr LOEWENBERG.

Depuis 1863 jusqu'à ce jour, les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ont été le sujet d'investigations incessantes de ma part, et j'ai publié, en 1865, les premiers résultats de mes études sur cette matière (1). Ayant eu occasion, depuis cette époque, d'observer un nombre de plus en plus croissant de cas, j'ai réuni les fruits de mes recherches avec les données acquises par d'autres auteurs, dans une seconde publication plus complète parue en 1878 (2).

Au Congrès médical international de Londres (1881) le comité de la section pour les affections de la gorge m'ayant invité à prononcer un discours d'introduction sur le sujet en question, j'ai brièvement résumé l'état de nos connaissances à cette époque, en y ajoutant quelques faits personnels que je n'avais pas encore publiés (3).

Ces trois travaux ont contribué, à ma grande satisfaction, à appeler l'attention sur une affection presque toujours méconnue et cependant si commune, si féconde en conséquences nuisibles et si aisément curable au moyen d'un traitement chirurgical fort simple. De plus, tout récemment, un auteur aussi compétent que le professeur B. Fraenkel de Berlin a bien voulu m'attribuer une part dans la découverte même de ces tumeurs, en disant : « M. Lœwenberg peut disputer la priorité à M. Voltolini puisque lui aussi a publié en 1865 des observations de végétations adénoïdes faites en 1863 et 1864. » (*In Deutsche med. Wochenschrift*, 1884, n° 41).

Après ces trois mémoires embrassant l'ensemble du sujet, la présente publication ne s'occupera que d'un point spécial, du *traitement opératoire des végétations adénoïdes pour lequel je viens proposer un procédé nouveau.*

Les instruments employés jusque vers 1878 pour l'extirpation de ces tumeurs ne m'avaient pas donné de résultats complètement satisfaisants. Ainsi, l'un des meilleurs, *le petit couteau annulaire* de M. Meyer, de Copenhague, instrument destiné à être introduit par le nez, parcourt un passage extrêmement étroit, surtout dans l'enfance, en raison du petit calibre des conduits nasaux à cette époque de la vie, franchissable seulement, dès lors, au prix de très fortes douleurs, et absolument imperméable même en cas de déviation accentuée de la cloison. Or, les enfants forment l'immense majorité des sujets à opérer pour l'affection qui nous occupe. De plus, le volume forcément exigu des instruments destinés à passer par le nez ne permet de détacher que des morceaux insignifiants, tandis que le passage par la voie nasale circonscrit la mobilité de l'instrument dans des limites fort étroites, et borne ainsi l'action du couteau à une partie restreinte du pharynx nasal.

Les mêmes causes empêchent souvent d'employer efficacement l'*écraseur à anse de fil de fer* opérant par le nez, même les instruments d'ailleurs excellents de MM. Zaufal et Delstanche.

Quant aux *curettes tranchantes et autres instruments analogues à tranchant découvert employés par la voie buccale*, deux ordres de considérations m'ont imposé une réserve de plus en plus grande dans leur usage, à mesure que je les expérimentais.

Je considère d'abord comme essentiel d'opérer les enfants d'aussi bonne heure que possible, pour empêcher de devenir irrémédiables les multiples conséquences nuisibles des végétations, telles que la surdité, le nasonnement, la respiration par la bouche et la déformation spéciale du thorax, due, chez certains sujets, à la présence de ces tumeurs et dont j'ai découvert la véritable étiologie en établissant ses rapports étroits avec cette affection (II, 23). Or, les enfants opposent souvent une résistance opiniâtre à l'opérateur et retirent surtout violemment la tête en arrière au moment de l'introduction des instruments. De plus, chez presque tout le monde, le moindre contact de toutes les parties qui forment l'isthme du gosier, provoque des nausées et des contractions violentes des muscles de la région, surtout de ceux du pharynx et du voile du palais. Le maniement d'un instrument à *tranchant découvert* expose donc l'opérateur à blesser ces parties importantes qui, par le fait même de la constriction réflexe ou du recul de la tête du malade, se portent au-devant des bords coupants. Un autre danger consiste dans la possibilité de dépasser les limites des végétations *en profondeur*, et je disais déjà à ce propos dans mon troisième mémoire : « Il est prudent d'employer de préférence des instruments qui agissent *parallèlement à la surface interne de la cavité* (c. a. d. pharyngienne) et ne sauraient pénétrer perpendiculairement dans les tissus, comme cela peut bien arriver avec la curette trop fortement appuyée (III, 937). » Mais, outre que celle ci et les autres instruments à tranchant découvert risquent de dépasser en profondeur la muqueuse pharyngienne ou de blesser le fond du gosier lors des mouvements réflexes déjà mentionnés, ils peuvent encore, *pendant leur introduction ou leur retrait*, endommager l'isthme du gosier, l'une ou l'autre face du voile du palais et les parois de la cavité buccale.

Il ressort de ce qui précède que l'emploi de tous ces instruments, plus ou moins aptes, sans doute, à l'ablation des tissus morbides, ne met pas les parties saines suffisamment à l'abri de toute atteinte involontaire.

---

(1) I. La rhinoscopie et la douche naso-pharyngienne, utilisées pour le diagnostic et le traitement des affections de l'oreille, du nez et du pharynx, in : *Arch. f. Ohrenh.* 1865.

(2) II. Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ; leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation ; leur traitement ; in : *Gaz. des Hôp.* 1878. Paru en brochure chez Delahaye. Paris, 1879. Les citations se rapportent au tirage à part. Mémoire ayant remporté le prix Itard en 1885 à l'Académie de médecine.

(3) III. Des végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale ; discours d'ouverture prononcé au Congrès méd. int., Londres 1881 ; in : *Transactions of the Internat. med. Congress*, vol. III, p. 283-290. Paru également in : *Journal de Thérapeutique* 1881. Les citations dans le présent travail seront faites d'après la derènire publication.

Voilà cependant, ce me semble, un point capital à considérer.

Mais dans cet ordre d'idées, il faut encore tenir compte d'un autre point très important. Déjà en 1881 (III, pp. 936 et suiv.), j'ai fait ressortir la nécessité de traiter d'une façon spéciale les tumeurs siégeant aux *régions latérales* du pharynx nasal. « Il me semble, disais-je, indispensable, lorsqu'il s'agit de choisir les procédés opératoires à suivre, d'établir des règles différentes pour les *végétations* qui résultent de l'hyperplasie de l'amygdale de Luschka, et que, d'après leur siège, j'appellerai « *médianes* », et pour celles implantées aux côtés du pharynx nasal et que je désignerai sous le nom de « *latérales* »...

« Si des procédés variés me paraissent applicables au traitement des tumeurs médianes, je ne saurais en dire autant pour les végétations placées latéralement. Vu l'exiguïté de l'espace sur les côtés du pharynx, des instruments encombrants ou des manœuvres opératoires, pratiquées sans rhinoscopie ni palpation, risquent de blesser gravement l'*extrémité pharyngienne proéminente de la trompe d'Eustache* qui occupe le côté de la cavité et vient se placer pour ainsi dire d'ellemême, dans la sphère d'action de l'instrument.

« En blessant la trompe d'Eustache, on provoque souvent une otite moyenne purulente, et je suis persuadé que cette conséquence fâcheuse — mais, à ce qu'il parait, fréquente, — de l'ablation des tumeurs adénoïdes ne reconnait point d'autre cause que des imprudences de ce genre. » L'opération qui nous occupe ne donne lieu, au contraire, à aucun phénomène sérieux d'irritation, pourvu qu'on ne dépasse le tissu morbide ni en largeur — ce qui aboutirait à la lésion de la trompe dont nous venons de parler — ni en profondeur en entamant les organes importants entourant les parois du pharynx nasal. Inutile de rappeler qu'une simple otite moyenne aiguë peut amener à son tour les complications les plus sérieuses du côté des méninges, de la substance cérébrale, etc.

Si les couteaux annulaires exposent à blesser la trompe d'Eustache, ce défaut inhère surtout à leur type le plus récent et autrement le plus parfait, au *couteau de M. Lang*. Muni de bords tranchant latéralement et tout à fait découverts, cet instrument doit facilement entamer l'extrémité pharyngienne de ce canal, à l'occasion d'un mouvement inconsidéré de l'opérateur ou d'un déplacement lateral de la tête du malade.

Désireux de mettre l'opérateur à l'abri de tous ces accidents, je m'étais efforcé, il y a longtemps, d'inventer un instrument permettant d'enlever les végétations rapidement et sans danger. J'ai fait construire, dans ce but, une *pince coupante* qui se trouve décrite et figurée dans mon second mémoire (I, p. 66 et suiv.). Elle a été, je puis le dire, généralement adoptée, tout en subissant des modifications quant à la longueur des bords tranchants et à la largeur des surfaces des mors.

Tel qu'il est, cet instrument remplit bien le double but que je poursuivais car son action ne saurait guère dépasser la paroi pharyngienne en profondeur, et il ne présente, une fois fermé, aucun bord tranchant capable de blesser les parties saines.

Cependant, malgré son grand succès, cette pince ne me satisfaisait pas complétement, attendu qu'en essayant de détacher les végétations par la pression des deux coins formés par les mors, il arrive quelquefois qu'on ne réussisse pas à rapprocher ceux-ci suffisamment pour pouvoir couper, quelque force qu'on emploie. C'est ce qui a lieu quand on saisit une tumeur à base trop large ou à tissu trop résistant. On est alors forcé d'opérer, non pas en coupant, mais en *arrachant*. Or, la portée de ce dernier procédé ne pouvant être exactement prévue, on peut agir jusque sur le substratum sain lorsqu'il s'agit de végétations à base large et à contexture dense qui donnent précisément lieu à ces difficultés opératoires.

Cet inconvénient, commun à toutes les pinces dites coupantes, inhère par conséquent également à celle très commode d'ailleurs de M. Michael, qui a prolongé les bords tranchants en haut et en bas de manière à obtenir un instrument à profil en forme de croissant.

Pour terminer ces considérations sur la manière dont les instruments enlèvent les végétations adénoïdes, j'ajouterai que, si les pinces coupantes, quelle que soit d'ailleurs leur forme, forcent quelquefois l'opérateur de recourir à l'arrachement, les curettes tranchantes et les couteaux annulaires possèdent, outre les défauts signalés plus haut, encore celui d'effectuer une espèce de raclage ou de curage plutôt qu'une section nette.

Après de nouveaux efforts pour parer aux multiples inconvénients que j'ai énumérés jusqu'ici, j'ai fait construire des *ciseaux courbes*, tranchant nettement et pouvant être, une fois fermés, introduits et retirés sans danger pour les parties saines. Leur côté concave était muni de griffes destinées à saisir et à retenir les tumeurs sectionnées pour pouvoir les enlever en même temps que l'instrument. Je reprochais cependant à celui-ci la possibilité d'entamer le substratum du pharynx et de blesser le voile du palais ou la luette chez les sujets si nombreux où l'opération provoque une forte contraction réflexe des muscles de la région pouvant pousser ces organes jusque dans la concavité des ciseaux courbes.

En continuant mes efforts d'imaginer un instrument rendant tout accident impossible, même dans des mains peu expérimentées à opérer dans cette dangereuse région, j'ai été enfin amené à un type de *couteau à tranchant intérieur et à appareil protecteur*. Cet instrument construit d'après des principes nouveaux et qu'un essai prolongé m'a démontré exempt des défauts de ses devanciers, remplit en effet les *deux desiderata* dont j'ai fait ressortir l'importance. Au lieu d'opérer par arrachement ou raclage et de laisser par conséquent des plaies contuses, il pratique des sections nettes, le couteau consistant en une lame parfaitement tranchante; de plus, il rend impossible toute blessure accidentelle des organes qui forment la cavité buccale et l'isthme du gosier, comme également des parois du pharynx et des pavillons des trompes d'Eustache.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de Pitié. — **M. JACCOUD.**

Cancer primitif du poumon. — Produits secondaires dans les ganglions. les plèvres, la colonne vertébrale, le foie, la rate et les capsules surrénales;

Par **P. MÉNÉTRIER**, interne des hôpitaux.

Le malade était un homme de 68 ans, entré le 15 février 1886 à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Jaccoud. Il avait toujours joui d'une bonne santé quand, il y a trois mois, il commença à maigrir et à perdre ses forces. Il souffrait en même temps du côté droit. Deux mois après, survint une diarrhée tenace qui persista depuis. Vers la même époque, il a présenté du gonflement des membres supérieurs et de la face. Enfin, il tousse mais

crache peu et ses crachats n'ont jamais renfermé de sang. Il n'a jamais vomi. A son entrée dans nos salles, cet homme est dans un état de cachexie très avancé, très maigre, très pâle et d'une blancheur mate. L'état de maigreur de la partie inférieure de son corps et de ses jambes contraste avec le gonflement de ses membres supérieurs qui sont des deux côtés, mais surtout à droite, tuméfiés, œdémateux, et où la pression du doigt fait un godet de plus d'un centimètre de profondeur. Ces parties sont blanches, sans élévation de température ; on ne trouve sur le trajet des veines superficielles ou profondes, aucun cordon dur pouvant indiquer des coagulations sanguines; A la face, l'œdème a disparu, mais il est encore très marqué à la partie antéro-supérieure du tronc. Pas de ganglions appréciables à l'aisselle ni au cou.

Du côté de l'abdomen, on constate l'absence de toute tumeur dans la moitié inférieure et dans les flancs; mais dans la portion droite de l'épigastre la main perçoit une résistance diffuse et la percussion indique une diminution de sonorité: du reste, on ne sent aucune bosselure à ce niveau : on ne trouve pas non plus de dilatation de l'estomac. La douleur que le malade accuse au côté droit est réveillée par la palpation au niveau de la zone rénitente épigastrique, mais son siège est beaucoup plus diffus, car elle occupe non seulement la région du foie, mais encore presque tout le côté droit de la poitrine.

Du côté des poumons, on constate une matité très nette au sommet droit en arrière ; cette matité, surtout manifeste en dedans du bord spinal de l'omoplate, va en diminuant quand on se rapproche de l'aisselle. Elle correspond au tiers supérieur du poumon de ce côté. En avant, la matité est beaucoup moins nette. L'auscultation fait percevoir à gauche et en arrière une respiration rude, beaucoup plus intense qu'au sommet droit. Pas de râles. Pas de crachats. Rien au cœur. Le foie et la rate présentent leurs dimensions normales. L'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

En présence de ces symptômes, il ne paraît pas douteux que cette cachexie ne soit en rapport avec quelque cancer viscéral. Il est difficile, en raison de la diarrhée indiquée par le malade, de la rénitence perçue à la région épigastrique, de la douleur à ce niveau, de ne pas penser que le cancer occupe l'estomac, et en l'absence de vomissements, d'hématémèse, de tumeur appréciable et de dilatation de l'estomac, qu'il ne s'agisse d'un cancer en nappe, occupant la face antérieure de l'organe, sans intéresser l'orifice pylorique. L'œdème des membres supérieurs et de la face, la matité du sommet droit, indiquent alors des manifestations cancéreuses secondaires siégeant dans les ganglions du médiastin et comprimant vraisemblablement la veine-cave supérieure. Il est remarquable cependant que la toux ne détermine pas dans le creux sus-claviculaire la saillie des ganglions médiastinaux les plus élevés.

Après un séjour de quelques jours à l'hôpital, et sans avoir présenté de nouveaux phénomènes, le malade mourut subitement le 21 février au moment où il se soulevait pour se mettre sur le bassin.

L'autopsie, pratiquée le 22 février, nous permet de constater l'intégrité de tout le *tube digestif* du haut en bas, Pas de lésions non plus de la séreuse *péritonéale*; et il est probable que la rénitence perçue à la région épigastrique était due à la contraction des muscles de la paroi, soustendus par le bord antérieur du foie légèrement saillant. Le *foie*, peu augmenté de volume, renferme dans sa partie postérieure un noyau cancéreux gros comme une pomme, de couleur blanche, légèrement ramolli à son centre. C'est là le seul produit néoplasique que renferme cet organe. La rate renferme également un seul noyau de cancer, gros comme une noix, superficiel et situé à sa partie inférieure. Les *reins* paraissent normaux et ne renferment pas de cancer. Mais les deux capsules surrénales sont fort altérées. Toutes deux ont conservé assez bien leur forme en crête de coq, mais elles sont remplies de gros noyaux blêmes, légèrement ramollis à leur centre, donnant un suc laiteux par pression et au raclage, et l'on ne retrouve que par places le tissu normal de ces organes.

Les deux *poumons* sont anciennement adhérents à la paroi. Le lobe supérieur droit surtout est comme soudé à le gouttière costo-vertébrale et à la colonne dorsale ; il adhère aussi fort intimement à une masse ganglionnaire qui occupe la plus grande partie du médiastin supérieur. Toute la partie postéro-supérieure de ce lobe est transformée en un tissu dur, lardacé, blanc, avec des stries noires; il présente des points ramollis, mais pas d'excavation ; et au voisinage le tissu pulmonaire est infiltré de petites masses blanchâtres plus molles. Le reste du lobe supérieur, le lobe moyen et le lobe inférieur sont sains. La bronche droite n'est pas envahie par le cancer, mais elle est notablement comprimée ; ce dont on peut facilement s'assurer en introduisant le doigt dans sa cavité.

La masse cancéreuse du poumon se continue jusqu'à la colonne vertébrale et l'on peut constater par une coupe des vertèbres que le tissu osseux est envahi superficiellement, il est ramolli jusqu'à une profondeur d'un centimètre environ, les cavités du tissu spongieux sont élargies et renferment un tissu blanc grisâtre qui, examiné au microscope, est formé de cellules du cancer. C'est du reste le seul point altéré de toute la *colonne vertébrale*. La masse qui occupe le médiastin supérieur est formée de gros ganglions dégénérés, pourtant encore distincts les uns des autres ; ils environnent la bifurcation de la trachée, remontent sans la dépasser jusqu'à l'origine de la sous-clavière droite, et se prolongent en bas et en arrière, le long de l'aorte, presque jusqu'au diaphragme. Ils environnent complètement la veine-cave supérieure et la compriment à tel point que c'est tout au plus si l'on peut faire passer une plume d'oie dans la cavité du vaisseau. Ils englobent également les pneumogastriques, surtout du côté droit. Le *poumon gauche* est peu altéré. On trouve seulement un petit noyau crétacé au sommet, et à la partie postérieure, quatre à cinq plaques cancéreuses situées dans l'épaisseur des feuillets pleuraux adhérents l'un à l'autre. Le *cœur* est sain.

Nous avons pratiqué l'*examen microscopique* de ces diverses lésions. Toutes les parties cancéreuses donnaient par pression et au raclage, un suc laiteux formé de grandes cellules épithélioïdes, de formes très variables et très irrégulières, mais absolument semblables, quels que fussent les organes où elles avaient été recueillies; polyédriques, allongées, fusiformes, en gourde, en raquette, etc., quelques-unes nettement cylindriques. Beaucoup sont en voie de dégénérescence granuleuse ou graisseuse, et dans les parties les plus anciennes de la tumeur pulmonaire, on trouve des gouttes de graisse libres et des cristaux de cholestérine. Les coupes du poumon portant sur les parties les plus récemment altérées nous montrent un stroma formé par les parois alvéolaires normales ou un peu épaissies ; les alvéoles sont tapissés de grandes cellules épithéliales disposées sur plusieurs couches, et envoyant vers le centre des bourgeons saillants: ou encore elles sont complètement remplies par ces cellules. La lésion à ce degré, et à part l'irrégularité extrême des cellules, ressemble assez bien à la pneumonie desquamative. Par places seulement, les cavités renferment une seule couche d'épithélium cylindrique. Puis à mesure qu'on se rapproche des points les plus anciennement atteints, les travées alvéolaires s'épaississent, deviennent fibreuses, et forment un tissu absolument semblable au carcinôme. Dans ces points, les cellules sont souvent profondément dégénérées, ou même détruites, laissant à leur place des amas de granulations graisseuses. Les lymphatiques pulmonaires sont envahis, bourrés de cellules et forment par places des boyaux pleins au voisinage des vaisseaux sanguins; ceux-ci, généralement sains, sont parfois aussi entamés par le néoplasme.

Les tumeurs secondaires des ganglions, du foie, de la rate et des capsules surrénales présentent le plus souvent la structure du carcinôme, un stroma fibreux et des cellules épithélioïdes entassées sans ordre dans les alvéoles; par places cependant, ceux-ci forment des cavités en

tubes allongés, tapissées de cellules cylindriques sur un ou deux rangs, mais sans cavité centrale. Au centre des noyaux, on retrouve la même dégénérescence cellulaire que dans les tumeurs pulmonaires, et aussi parfois, surtout dans les capsules surrénales, les cellules du cancer ont subi la dégénérescence muqueuse.

De tous ces organes envahis par le cancer, lequel en a été le point de départ et a secondairement infecté tous les autres? Le simple aspect des noyaux solitaires du foie et de la rate nous fait reconnaître d'emblée des lésions secondaires ; les capsules surrénales sont, il est vrai, rarement atteintes de la sorte, et c'est le plus souvent un cancer primitif qu'on y rencontre; mais dans ce cas, la bilatéralité de la lésion et sa disposition en noyaux circonscrits respectant encore dans l'une et l'autre un peu du parenchyme normal, nous permettent d'éliminer le cancer primitif. Restent les lésions rencontrées dans la cavité thoracique; celles-ci sont groupées autour du lobe supérieur du poumon droit, et toutes semblent bien manifestement consécutives à l'altération de ce lobe, la colonne vertébrale envahie par propagation et les ganglions par la voie des lymphatiques. Tandis que dans le poumon nous trouvons une tumeur unique, compacte, d'un seul bloc, et manifestement de date ancienne, comme le prouve la dégénération très avancée des éléments au centre de la tumeur. Pour toutes ces lésions, ce nous semble bien être le poumon qui a été le lieu d'origine de la maladie.

Mais de quelle nature est cette lésion pulmonaire? L'aspect des points les moins anciennement altérés de la tumeur nous paraît caractéristique d'un épithélioma développé primitivement, soit dans les extrémités bronchiques, soit plus probablement dans les avéoles, et ayant ultérieurement subi sur place ou dans les viscères secondairement envahis, les transformations décrites par M. Malassez qui lui donnent sur un grand nombre de points un aspect identique au carcinôme type.

L'histoire clinique du malade nous présente aussi quelques particularités intéressantes. Le peu de développement des symptômes pulmonaires, avec une cachexie aussi prononcée nous permit d'éviter une erreur, pourtant facile à commettre, celle de prendre l'affection pour une tuberculisation du poumon, mais aussi nous empêcha de préciser nettement le siège du cancer. Quant à la mort subite qui vint brusquement terminer la maladie, la cause en est assez difficile à trouver; nous n'avons rencontré dans l'artère pulmonaire aucune trace d'embolies pouvant expliquer la soudaineté des accidents, mais nous avons vu que les pneumogastriques étaient complétement englobés dans la masse ganglionnaire dégénérée et c'est peut-être dans la compression de ces nerfs que se trouve la raison véritable de cet accident ultime (1).

(1) Communication faite à la *Société Anatomique*.

Association d'étudiants. — Il se forme à la Havane une société des étudiants en médecine ayant pour objet de réunir des fonds destinés au paiement de leurs droits académiques et à la création d'une bibliothèque (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, avril 1886.)

Excursion géologique. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 23 mai 1886, a la côte Saint-Martin, Morigny et Jeurre.

Rendez-vous à la gare d'Orleans où l'on prendra à 6 h. 30 m., le train pour Etampes. Rentrée à Paris à 6 heures 22 minutes. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de geologie avant samedi soir à 4 heures.

Herborisation. — M. Bureau, professeur de botanique au Museum d'histoire naturelle fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 mai à Bouray-Lardy. Rendez-vous gare d'Orléans à 7 h. 15 c. Pour profiter de la réduction accordée sur le prix des places, se faire inscrire galerie des herbiers, de midi à 4 heures avant le samedi 22. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation sur le canal latéral à la Marne, le dimanche 23 mai 1886. Rendez-vous à midi au pont de Charenton.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'infirmerie des Aliénés du Dépôt de la Préfecture de police.

Maintes fois, la 3e commission (Assistance publique) du Conseil général de la Seine s'est préoccupée des réformes à introduire dans l'organisation du Dépôt de la préfecture de police et elle a particulièrement insisté sur le *mode d'admission des malades* (1), sur leur *transport* de la Préfecture de police au Bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne), sur les graves inconvénients qu'il y avait à maintenir à la tête du service médical de l'Infirmerie des aliénés un médecin chef de service dans l'un des asiles. Nous voulons parler aujourd'hui de cette dernière réforme, remise de nouveau à l'ordre du jour par la mort de M. Legrand du Saulle.

La situation de M. Legrand du Saulle, en même temps médecin de la Salpêtrière et médecin de l'Infirmerie des aliénés au Dépôt de la Préfecture de police était, dans une certaine mesure, contraire aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, qui exige à l'entrée dans l'asile, un certificat de médecin constatant la folie et, dans les 24 heures de l'admission, le certificat *d'un autre* médecin affirmant, à son tour, la réalité de l'aliénation mentale.

Ces prescriptions très sages sont déclarées insuffisantes par les adversaires de la loi. Qu'on veuille bien remarquer cependant que, telles qu'elles sont, elles constituent déjà une garantie pour la liberté des citoyens, car, en cas d'erreur, la différence entre les deux certificats appelle l'attention de l'Administration, qui, aussitôt, a le devoir de provoquer une enquête. Cette garantie disparait totalement — et la loi est violée — si le médecin, signataire du certificat d'internement d'un malade, est le même qui, le lendemain, fera le second certificat.

M. Legrand du Saulle, en règle, dirigeait les malades sur le Bureau d'admission de l'Asile clinique et, dans les cas où les malades qu'il avait fait interner étaient envoyées dans son service de la Salpêtrière, il y avait, entre son certificat d'internement comme médecin de la Préfecture et son certificat en qualité de médecin de la Salpêtrière, il y avait, disons-nous, un certificat de M. Magnan, médecin du Bureau d'admission. Toutefois, il parait que, dans quelques circonstances, soit qu'il s'agît de malades l'intéressant au point de vue scientifique, soit qu'il s'agît de malades qui lui étaient particulièrement recommandées, M. Legrand du Saulle les aurait fait admettre directement dans son service. Mais, nous le répétons, ces faits, dont la réalité nous est assurée, n'auraient existé qu'à l'état d'exception. C'est pour les faire disparaitre, c'est pour faire exécuter strictement la loi que le Conseil général avait songé à mettre M. Legrand du Saulle en demeure d'opter entre ses deux services.

Que doit donc faire M. le préfet de police dans la situation créée par la mort si regrettable de M. Legrand du Saulle? Soucieux du respect de la loi, il ne doit pas confier le service de l'Infirmerie des aliénés de la Pré-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 6, 8 et 10.

fecture de police à aucun des médecins aliénistes, chargés d'un service soit dans les asiles, soit dans les quartiers d'hospice. Cette exclusion doit être absolue et comprendre plus que tout autre le professeur de clinique mentale de l'asile Sainte-Anne. Pourquoi? le voici.

C'est que le professeur actuel, M. Ball, s'est fait arroger, en violation de toute justice (1), une prérogative qui a été l'objet de nombreuses réclamations : il a la faculté, lorsque les malades arrivent de la Préfecture à l'asile Sainte-Anne, de les admettre *sur-le-champ* dans son service, sans qu'ils passent par le Bureau d'admission. Or, l'abus qui n'existait qu'à l'état d'exception avec M. Legrand du Saulle, *deviendrait la règle* si M. Ball était nommé médecin de la Préfecture de police, *car* TOUS *les malades de son service seraient reçus avec un certificat de sa main, fait à la Préfecture, et le lendemain ce serait lui qui dicterait encore le certificat*, en sa qualité de professeur de clinique mentale. S'il en était ainsi, l'article 8 de la loi que le préfet de police a voulu respecter en chargeant un médecin d'examiner les malades avant leur envoi dans un asile, serait foulé aux pieds. Cet article dit, en effet que « le certificat ne pourra être admis... S'IL EST SIGNÉ D'UN MÉDECIN ATTACHÉ A L'ÉTABLISSEMENT (2) ».

Il nous a toujours paru y avoir des inconvénients à confier à la même personne des fonctions qui doivent être remplies à peu près en même temps. Les règlements de nos hôpitaux et de nos asiles exigent des médecins qu'ils fassent leur visite le matin; la Préfecture, elle aussi, veut, et elle a raison, que les aliénés ou les individus réputés aliénés, arrêtés dans la soirée de la veille ou dans la nuit, soient examinés dans la matinée. Eh bien, en maintes circonstances, quelle que soit l'activité d'un homme, il est impossible que l'un des deux services ne souffre pas des exigences de l'autre. Il n'est pas un médecin des hôpitaux, sérieux et de bonne foi, qui puisse contester l'exactitude de notre assertion.

Que dire alors de l'ambition de M. Ball qui, assure-t-on, — remue la Préfecture de police, les Ministères et l'Elysée dans le but de recueillir la succession de M. Legrand du Saulle? Récapitulons les fonctions ACTUELLES de cet honorable professeur : 1° il est médecin de l'hôpital Laennec ; — 2° il est professeur de clinique mentale à l'asile Sainte-Anne; — 3° il est examinateur à la Faculté de médecine.

Comme médecin de l'hôpital Laennec, il doit faire son service *le matin* et, de plus, au moins une fois par semaine, faire la consultation externe de cet hôpital ; — comme professeur de clinique, il doit visiter ses malades *le matin*, préparer les éléments de ses leçons qu'il fait *le matin*. Enfin, comme *examinateur*, il doit être à la Faculté 3 fois par semaine à *une heure* (1). Or, le service de l'infirmerie des aliénés à la Préfecture devant être fait *dans la matinée*, comment M. Ball pourra-t-il s'en acquitter? Poser la question, c'est la résoudre, nous semble-t-il, à moins pourtant que, grâce à ses études sur l'aliénation mentale, M. Ball n'en soit arrivé à s'imaginer qu'il possède le pouvoir de se trouver à la fois en trois lieux divers, de remplir simultanément les devoirs inhérents à trois fonctions différentes, et que, semblable à l'Eternel, il soit en mesure de déléguer le *Père* à l'hôpital Laennec, le *Fils* à l'asile Sainte-Anne et le *Saint-Esprit* à la Préfecture de police! A M. Gragnon de décider.

(1) L'équité la plus élémentaire voudrait qu'il y eut un roulement régulier entre tous les services et que l'on n'envoyat pas, ici tous les malades intéressants, là tous les malades chroniques. M. Ball aurait son tour comme tous les autres chefs de service. Son enseignement n'en serait pas gêné puisque, quand les malades ne lui sont plus utiles pour son enseignement, il peut les renvoyer au Bureau d'admission.

(2) Nous n'ignorons pas que M. Ball a donné la signature à *son* chef de clinique qui, naturellement, a le devoir de se conformer aux indications de son chef, le professeur, dont il n'est que le représentant.

(1) Nous savons que M. Legrand du Saulle, afin de faire face aux obligations de son service de la Salpêtrière et à celles de son service à la Préfecture de police, était assez souvent retenu jusqu'à une heure, une heure et demie même, et ne pouvait aller déjeuner qu'à cette heure tardive. Comment fera M. Ball?

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 *mai* 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. JULLIEN adresse un supplément à son mémoire sur le *traitement des vignes phylloxérées*. L'amélioration qu'il propose consiste à produire avec une quantité donnée d'eau de vidange polysulfurée, une quantité indéfinie d'un liquide polysulfuré, antiphylloxérique et fertilisant, par des additions successives et méthodiques de fumier et de matières organiques réduits en terreau, d'eau et de soufre.

M. DUCLAUX, dans une note présentée par M. Pasteur, communique les résultats de ses recherches sur la *rancissure du beurre*. Ce phénomène n'est pas une affaire de microbes, c'est une décomposition spontanée des glycérides du beurre, analogue à celle des éthers alcooliques. L'eau la favorise; le sel, le borax la retardent plus ou moins. Tous les éthers du beurre ne la subissent pas également : le moins stable est la butyrine, dont la décomposition met en liberté l'acide le plus désagréablement odorant. Ce phénomène de rancissure spontanée marche lentement, mais il s'accélère quand il se complique de l'intervention des microbes, de l'air et de la lumière, L'action de ces deux derniers facteurs se résume en une oxydation dont le produit le plus important est l'acide formique : on comprend ainsi pourquoi l'exposition du beurre à l'air et au soleil amène si rapidement des changements de saveur. A cette influence vient d'ordinaire se superposer celle des microbes et surtout des végétations cryptogamiques qui feutrent quelquefois la masse du beurre et qui, accélérant encore la saponification, mettent l'acide butyrique en liberté.

M. SERRANT continue ses recherches sur l'*acide orthophénylsulfureux*, qu'il avait d'abord désigné sous le nom d'*aseptol*, et qu'il nomme aujourd'hui acide sozolique. Sa réaction est bien réellement acide : c'est cette propriété qui lui permet de saturer les bases ammoniacales faisant partie des ferments et de posséder une puissante action antiseptique. D'autre part, cet acide est très soluble, et il a de ce fait un avantage sérieux sur l'acide salicylique, car il s'élimine facilement et ne s'accumule pas dans l'économie. Enfin, le prix de revient de ce produit est moindre que celui de l'acide phénique, auquel il doit du reste être préféré dans les usages indiqués par l'hygiène.

M. GIARD étudie l'*orientation de la sacculina carcini*, et il cherche à repousser les explications données à ce sujet par M. Delage.

M. BORNET est élu membre de la section de botanique, en remplacement de M. Tulame. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. d'Arsonval présente un appareil destiné à la surface des temps infiniment petits.

M. Gellé se propose d'ajouter une nouvelle méthode à celles déjà usitées pour la tonométrie oculaire, basée sur la transmission d'un son à travers le globe de l'œil. Il appliquait d'abord sur la partie supérieure de l'organe le diapason de 9 centimètres et l'auscultait avec l'otoscope posé sur ce point diamétralement opposé. Depuis, il a modifié son procédé et emploie le téléphone de d'Arsonval. Il a pu ainsi faire de nombreux diagnostics que les méthodes d'inspection du fond de l'œil ont parfaitement vérifiés.

M. M. Duval remet une note de M. Ponant (de Nancy) sur les *points intercellulaires des épithéliums*, étudiés sur la membrane de Descemet.

M. Gley remet deux notes de M. Garnier (de Nancy), la première sur *un cas particulier de gravelle urique et oxalique*; la seconde sur l'*action de l'uréthane sur la nutrition générale*.

M. Laborde étudie le mécanisme physiologique des alcaloïdes convulsivants du quinquina : la cinchonine, la conchonidine, la quinoïdine. Il montre après avoir fait connaître leur action sur le système nerveux, que leur emploi serait de beaucoup préférable à la strychnine dans certaines affections de l'axe cérébro-spinal.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mai. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section des associés libres. Le nombre des votants étant de 74 et la majorité 38, au premier tour de scrutin M. de Lacaze-Duthiers obtient 49 voix, M. Péligot, 9, M. Durand-Clayes, 9; M. Worms, 4; M. Magitot, 2; M. Galezowski, 1. En conséquence, M. de Lacaze-Duthiers ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. de Vry par laquelle, répondant aux objections qui lui ont été faites sur le sulfate de quinine, il fait connaître le procédé qui lui a servi à déterminer exactement la quantité de cinchonine contenue dans le sulfate de quinine; c'est le procédé optique d'Ulmans. Du reste, les résultats de ses travaux et de ses recherches ont été publiés dans le *Journal de pharmacie et de chimie*.

M. Villemin fait une communication sur l'érythème polymorphe et ses différentes manifestations. Pendant longtemps l'érythème polymorphe fut considéré comme une affection locale, une simple dermatose; mais aujourd'hui, la plupart des auteurs sont unanimes pour en faire une maladie générale qu'on peut assimiler à une sorte de fièvre éruptive; les manifestations cutanées multiples ne sont que des syndrômes de cette maladie générale; et ce qui le prouve en dehors des données de la clinique, c'est la façon dont toutes ces variétés d'érythèmes sont influencées par le même médicament, l'*iodure de potassium*. Cette substance agit d'une façon vraiment merveilleuse et peut être considérée comme un spécifique de l'érythème polymorphe. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, les symptômes de l'érythème sont modifiés; les douleurs disparaissent, l'érythème pâlit et s'efface, et la température tombe à 37°. En trois ou quatre jours, tout symptôme menaçant a cessé et la guérison est complète. Un autre avantage de l'iodure de potassium est d'empêcher et d'enrayer les récidives qui, comme on le sait, sont assez fréquentes. M. Villemin pensant que l'agent morbide pouvait se trouver dans les vésicules de certains érythèmes, a inoculé le liquide provenant de ces vésicules; mais cette tentative, d'ailleurs unique, n'a eu qu'un résultat négatif.

M. Delorme fait une communication sur une *restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez* chez un soldat qui s'était tiré un coup de feu dans la figure.

M. Périer rapporte l'observation d'un malade atteint d'un *anus contre nature* et qu'il a guéri par la suture de l'intestin, mais en se servant pour cette suture d'un procédé particulier. M. Périer ne se contente pas de placer plusieurs plans de suture sur l'intestin d'abord entièrement dégagé des parois abdominales, il double le plan de suture intestinale par la suture de l'aponévrose abdominale, et ensuite de la peau. Il forme donc aussi un plan très résistant qui permettra à l'intestin distendu de venir buter contre une paroi solide sans qu'il y ait crainte de distension exagérée pour ses sutures.

M. Feulard s'est livré à des recherches intéressantes sur le nombre des conscrits exemptés du service militaire pour cause de teigne, et sur la répartition géographique des teigneux. Ses recherches comprennent toutes les années depuis 1873 jusqu'en 1885. Il résulte des faits que le mouvement de décroissance du nombre des teigneux va sans cesse en augmentant et qu'il y a lieu d'espérer que, grâce aux mesures prophylactiques et à l'inspection médicale des écoles, on pourra bientôt voir s'abaisser de plus en plus le nombre des individus atteints de cette affection et peut-être même sa disparition entière.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Méhu sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. Sont présentés : en première ligne, M. Prunier; en deuxième ligne, M. J. Chatin: en troisième ligne, M. Marty; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Chassaing, Petit et Tanret.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 26 février 1886. — Présidence de M. Cornil.

M. Poirier, *à propos du procès-verbal*, fait observer que le travail de M. Soubbotine, cité par M. Kirmisson dans la précédente séance, à propos de la participation des franges synoviales à la formation des corps étrangers articulaires, a été suivi d'un récent travail de M. Renaud : ce dernier auteur a vu que les synoviales étaient tapissées à leur face interne, par une couche épithélioïde analogue à celle qui tapisse les cartilages articulaires.

18. M. Festal présente deux *reins à artères rénales multiples*, naissant sur l'aorte à une grande distance les unes des autres; le rein gauche en a 3 et le rein droit 4. Le même sujet présentait une bifurcation prématurée des artères iliaques primitives.

19. Kyste poplité; par M. Poirier, prosecteur à la Faculté.

J'ai eu l'honneur de vous soumettre le résultat de mes recherches sur les bourses séreuses de la région poplitée. J'insistais alors sur le rôle que pouvait jouer dans la pathogénie des kystes poplités la bourse séreuse sus condylienne qui se présente le plus souvent sous la forme d'un prolongement de la synoviale du genou bourgeonnant au travers des insertions médianes du jumeau interne. Le hasard, par l'intermédiaire de mon très serviable collègue et ami Broca, m'a fait rencontrer un de ces kystes. C'est, comme vous le voyez, une masse kystique, à surface bosselée, à parois minces, laissant apercevoir la gelée de coing qu'elle contient. Lorsqu'on la dissèque, on ne tarde pas à voir qu'elle s'enfonce par un pédicule étroit dans l'un des interstices du faisceau médian du muscle jumeau. Il ne peut donc exister de doute sur l'origine de ce kyste poplité.

Pour prendre connaissance de ses rapports avec la bourse séreuse sus-condylienne et avec la synoviale du genou, nous avons relevé le jumeau incisé transversalement au niveau de l'interligne articulaire. Nous avons alors aperçu, dans l'écartement des faisceaux extrêmes d'origine du jumeau, un orifice circulaire d'environ 1 mm. de diamètre par lequel la synoviale articulaire s'enfonçait dans la fosse sus-condylienne et au delà pour former ce kyste herniaire

Cet orifice établissait une communication entre la masse kystique et l'articulation et l'on voyait nettement, lorsqu'on pressait le kyste, la gelée de coing sourdre dans l'intérieur de l'articulation. Cependant ce kyste devait être irréductible, étant donné d'une part la petitesse de l'orifice et la consistance visqueuse de la gelée kystique et d'autre part, la pression qu'exerçait le jumeau rabattu dans sa position normale.

21. Rapport sur la candidature de M. Ménétrier, au titre de membre adjoint de la Société anatomique; par M. Darier.

Parmi les présentations que M. Ménétrier a faites à la Société anatomique, nous rappellerons seulement la suivante, qui a trait à un cas de malformation cardiaque avec cyanose, et dans lequel, malgré l'intensité des lésions, la vie s'était prolongée jusqu'à l'âge de 16 ans.

L'histoire clinique est celle d'une jeune fille qui, venue au monde sans présenter rien d'anormal, fut à l'âge de six mois et demi, à l'occasion d'une bronchite, atteinte de cyanose, d'abord limitée aux extrémités, puis bientôt et définitivement généralisée. Toujours maladive, elle eut par deux fois, à 5 ans, et à 14 ans, des accidents d'asystolie légère, avec œdème des extrémités, crachements sanguins, et exagération de la stase périphérique. A 15 ans, elle entra à l'hôpital présentant les signes d'un vaste épanchement dans la plèvre gauche; elle séjourna dans les salles jusqu'à sa mort survenue sept mois après, et succomba à des accidents asystoliques, dus en grande partie à la reproduction incessante de son épanchement pleural, malgré des ponctions successives.

Les signes physiques observés chez la malade étaient les suivants : cyanose généralisée, surtout prononcée à la face, sur les muqueuses et aux extrémités des membres, doigts en massue ; grand développement du réseau veineux des extrémités; duvet abondant à la surface du corps. Le cœur refoulé par l'épanchement de la plèvre gauche battait jusqu'au niveau du mamelon droit. A l'auscultation, souffle systolique intense siégeant dans le deuxième espace droit à trois centimètres du sternum, et se prolongeant vers l'articulation sterno-claviculaire droite, et aussi dans les vaisseaux du cou.

Loin de présenter un abaissement thermique, la malade eut jusqu'à sa mort une température oscillant autour de 38°.

A l'autopsie, on trouva le cœur très volumineux, l'hypertrophie portant presque exclusivement sur les cavités droites. De la partie supérieure du ventricule droit sortaient l'aorte et l'artère pulmonaire; l'infundibulum à peine marqué et l'artère pulmonaire extrêmement petite étaient situés à gauche de l'aorte et sur la même place qu'elle. L'oreillette droite énormément dilatée, occupait presque toute la base du cœur. Les cavités gauches fort petites étaient complètement marquées par l'énorme développement du cœur droit, l'oreillette gauche se trouvant presque réduite à son auricule. Pas de vestiges du canal artériel. A l'ouverture du cœur, les cavités ventriculaires communiquaient l'une avec l'autre, par un large orifice situé à la partie supérieure de la cloison : juste au-dessus et naissant à la fois des deux ventricules, on trouvait l'aorte avec ses trois valvules normalement constituées: à gauche, l'infundibulum pulmonaire extrêmement réduit et l'artère pulmonaire si petite, qu'au niveau des valvules, son orifice n'avait pas plus de deux millimètres de diamètre. Elle ne présentait du reste les vestiges que de deux nids valvulaires. Outre cette communication interventriculaire, on trouvait encore une communication des deux oreillettes par suite de la persistance du trou de Botal, qui, incomplètement fermé par un repli valvulaire, présentait encore un diamètre de sept à huit millimètres. Pas d'autres vices de conformation.

Il s'agissait là évidemment d'une malformation remontant au début de la vie intra-utérine, avant la septième semaine, époque à laquelle le cloisonnement des ventricules est complètement terminé. Malformation pouvant se rapporter, d'après les travaux de Rokitansky, à une anomalie dans le cloisonnement du bulbe aortique. Elle semble en effet s'expliquer par le schéma que donne cet auteur des cas où, par suite d'une anomalie de direction du septum artériel, celui-ci au lieu de prendre son origine en arrière et à gauche de la paroi vasculaire, la prend en arrière et au milieu. L'aorte se trouve alors tout à fait à droite, et l'artère pulmonaire tout à fait à gauche. Par suite de cette situation anormale, l'aorte se trouve en rapport avec le ventricule droit, et le septum ventriculaire, en se développant, n'arrive pas à rencontrer le septum artériel, d'où la communication interventriculaire.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire et la communication inter-auriculaire, seraient ainsi la conséquence de troubles circulatoires occasionnés par cette disposition anormale, à moins toutefois qu'ils ne tiennent eux-mêmes à un vice de développement concomitant.

L'observation présente en outre plusieurs particularités intéressantes: nous avons vu en effet que la cyanose n'existait pas à la naissance, et n'est apparue qu'à la suite d'une affection pulmonaire intercurrente, nouvelle preuve en faveur de l'opinion généralement reçue aujourd'hui, qui considère la cyanose comme tenant beaucoup plutôt aux troubles de l'hématose, qu'aux vices de conformation du cœur. Il est curieux enfin d'observer une aussi longue prolongation de la vie, avec une malformation cardiaque si prononcée, surtout si l'on considère que la mort n'est survenue que par suite d'une complication accidentelle.

MM. P. Raymond et Martin de Gimard se portent candidats au titre de membre adjoint.

23. Rapport sur la candidature de M. Paul Raymond au titre de membre-adjoint; par M. le Dr Bazy.

Parmi les communications de M. Raymond à la Société anatomique, il en est une sur laquelle j'insisterai particulièrement. Il s'agit d'une femme de 40 ans qui entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Moutard-Martin, atteinte d'une exophthalmie du côté gauche. Il y avait du chémosis, une amaurose complète de ce côté; les mouvements du globe de l'œil étaient abolis. En outre, cette femme se plaignait de violentes douleurs dans la cavité orbitaire, douleurs qui irradiaient dans la région temporale. Enfin il existait des phénomènes réactionnels intenses ; frissons courbatures, fièvre, et en outre il y avait de l'albuminurie dans les urines. De l'œdème palpébral survint qui gagna bientôt toute la partie gauche de la face. Deux jours après, du chémosis apparut à l'œil droit, puis de l'exophthalmie, de l'immobilisation du globe de l'œil; en un mot, on assista une seconde fois à la succession des symptomes qui s'étaient produits du côté gauche. Cette femme succomba dans le coma avec une fièvre intense et l'on put constater à l'autopsie une carie limitée à la lame quadrilatère du sphénoide et ayant déterminé une méningite suppurée de la base. Le sinus caverneux du côté gauche était le siège d'un dépôt putrilagineux: le sinus du côté droit était oblitéré par un caillot de tromboze. Celle-ci avait en somme débuté par le sinus gauche et s'était propagée au sinus droit par l'intermédiaire du sinus coronaire. La glande pituitaire était réduite en une bouillie nauséabonde. Il fut d'ailleurs impossible de trouver la cause de cette carie si limitée du sphénoide. Ces cas de thrombose des veines ophthalmiques et des sinus caverneux sont rares; il n'existe même qu'un petit nombre d'observations parmi lesquelles l'une que l'on doit à M. le professeur Panas présente avec celle-ci de nombreuses analogies. M. Panas a fait sur le malade qu'il a observé une clinique publiée l'année dernière dans la *Semaine médicale*. Il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'une angine phlegmoneuse avait été atteint d'une exophthalmie double survenue rapidement avec phenomènes réactionnels intenses. On trouva à l'autopsie une méningite suppurée de la base avec caillots purulents dans les veines ophthalmiques. Il y avait en outre un commencement d'ostéite de la grande aile du sphénoide et de la selle turcique.

M. Panas admet que la phlébite avait dû se propager des veines des amygdales et du voile du palais jusque

dans la veine ophthalmique par les anastomoses de cette dernière avec la veine sphéno-palatine, décrites par Gurwitsch. Dans un récent travail, M. de Lapersonne cite une observation de M. Duplay, dans laquelle les mêmes accidents de thrombose des sinus caverneux se produisirent à la suite d'un coryza ulcéreux. Il faut donc savoir que si les accidents de phlébite des sinus crâniens peuvent se produire à la suite d'inflammations de la face, comme l'érysipèle, les furoncles, l'anthrax par exemple, ces mêmes accidents peuvent résulter d'une inflammation plus profonde des cavités pharyngienne ou nasale. Dans ces cas encore, l'inflammation suppurative et infectieuse peut se transmettre par le système veineux. Elle amène promptement la phlébite ophthalmique; celle-ci envahit le côté opposé et détermine une méningite de la base dont la mort est la conséquence à bref délai.

Il y a donc là un point de pathogénie important à relever : à côté de ces cas où une lésion osseuse primitive de la base du crâne, syphilitique ou tuberculeuse par exemple, peut déterminer une inflammation des sinus, il en est d'autres où cette lésion de l'os est au contraire secondaire, simple épiphénomène sans aucune importance dans le cours d'accidents bien autrement graves qui débutent par une phlébite des veines superficielles, pour aboutir à la méningite.

L'observation de M. Raymond semble rentrer dans les faits de ce genre. Chez cette femme qui n'avait aucune diathèse, chez qui on n'a pu trouver aucune cause de suppuration osseuse, une inflammation des cavités nasale ou pharyngienne assez bénigne pour passer inaperçue, a pu être le point de départ des accidents. C'est souvent le fait des affections les plus simples en apparence, d'entraîner à leur suite les conséquences les plus terribles.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE.

Séance du 29 avril 1886. — PRÉSIDENCE DE M FIEUZAL.

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. DARIER propose, pour le traitement des granulations chroniques des paupières, les cautérisations avec l'acide chromique pur. Ce mode de traitement a l'avantage d'être d'une application facile et peu douloureuse. Il est surtout efficace dans les cas où le sulfate de cuivre n'a presque plus d'action sur les granulations fibreuses, corriaces, soignées depuis longtemps sans succès. Dans ces cas, le jéquirity a été vanté très chaleureusement dans ces dernières années. Mais son application n'est pas toujours facile ni sans dangers. L'acide chromique aurait l'avantage d'être un agent chimique bien déterminé, dont on peut limiter l'action aux points les plus malades de la conjonctive. L'escarrhe produite par le caustique est peu profonde, mais elle est suffisante pour permettre au sulfate de cuivre d'agir assez profondément pour détruire le microbe pathogène des granulations. L'acide chromique n'aurait pas, selon M. Darier, une action antiseptique aussi énergique que celle du sulfate de cuivre qu'il emploie toujours alternativement avec l'acide chromique, mais dont l'action est décuplée par la destruction préalable par l'acide chromique des couches superficielles du tissu granuleux, inattaquées par le sulfate de cuivre seul.

M. SEDAN. Ne croit pas à la guérison de la granulation dans l'état actuel de la science ;—avec le jéquirity, il a eu des perforations, avec le cuivre et les autres antigranuleux, des insuccès. Seule, l'excision du cul-de-sac a donné de bons résultats, encore est-elle délicate à bien faire ; il conclut à la non-identité des granulations dans tous les pays, et croit que celles de Paris sont atténuées, tant elles sont soignées et tant aussi les progrès de l'hygiène générale les ont modifiées.

M. CHIBRET a déjà signalé, l'année dernière, la différence de la marche des granulations suivant les altitudes.

M. PONCET confirme ce qui vient d'être dit sur la différence des granulations en France et en Algérie. A Philippeville, où il est resté trois ans, il a essayé en vain de guérir un seul granuleux.

M. WICKERKIEWIEZ (de Posen) a vu dans son pays des malades dont les granulations guérissaient sans traitement, tandis que d'autres étaient impossibles à guérir. Il se sert surtout de cautérisations avec le sublimé au centième, répétées tous les trois ou quatre jours. Il a ainsi guéri des granulations en six ou huit semaines.

M. GORECKI a employé avec succès dans quelques cas les cautérisations à l'acide chromique.

M. GALEZOWSKI a vu, en 1868, M. le professeur Richet employer l'acide chromique pour traiter les granulations, mais les cicatrices étaient tellement fortes que M. Richet a dû abandonner ce procédé. M. Sedan a fait l'excision des granulations sans réussir toujours ; il a vu se produire des adhérences entre les conjonctives bulbaires et palpébrales. M. Galezowski a employé cette méthode sur 600 granuleux ; il a vu une seule fois se produire un phlegmon de l'œil et chez un malade qui avait une blennorrhagie. Les insuccès de l'opération sont extrêmement rares.

M. DEHENNE traite presque toujours ses malades granuleux au moyen du thermocautère.

M. WARLOMONT se rappelle deux mémoires publiés dans les *Annales d'oculistique*, il y a vingt-cinq ou trente ans, sur le traitement des granulations par l'acide chromique.

M. DARIER ne prétend pas avoir été le premier à employer l'acide chromique contre les granulations; mais l'emploi de ce caustique combiné au sulfate de cuivre lui a donné de si bons résultats qu'il a tenu à les communiquer à la Société.

Sur les granulations de la cornée. — M. PONCET a examiné un cas de granulation complète de la cornée chez un malade de la clinique de M. Dehenne. Les accidents survenus chez ce malade ont obligé M. Dehenne à pratiquer l'énucléation. M. Poncet put alors, sur cet œil, se livrer à la recherche des microbes dans la cornée, question non encore élucidée.

Les micrecoques de la granulation peuplent tous les leucocytes d'une cornée granuleuse. Dans la membrane de Descemet elle-même on trouve un grand nombre de ces éléments.

A propos du jéquirity. M. COURSSERANT a vu survenir, après l'emploi du jéquirity, quelques accidents : des ulcérations de la cornée, des symblépharons. Il attribue ces accidents à l'opérateur lui-même qui, impatient de voir ce qui se passe sous la couenne produite, l'enlève violemment et amène alors des accidents.

Les collyres permanents. — M. CHIBRET. Je prends une mince feuille de ouate et j'y dépose une pommade consistante à base de vaseline et cire vierge, laquelle renferme de l'iodoforme et de la cocaïne ou tout autre alcaloïde. Le coton est replié sur la pommade de manière à l'enrouler, et cette sorte de pâté fusiforme est introduite dans le fond du cul-de-sac conjonctival inférieur, au moyen d'un stylet *ad hoc*. Le collyre permanent reste deux et trois jours si l'œil est bandé et la dose de cocaïne est suffisante pour assurer une forte anesthésie pendant 12 heures.

De l'iridectomie dans le décollement de la rétine. — M. DRANSART a fait cette année seize opérations d'iridectomie dans des cas de décollement de la rétine et il a obtenu onze fois le recollement complet. L'iridectomie guérit intégralement le décollement de la rétine comme elle guérit le glaucome; mais il faut opérer très vite, au moins dans les six premiers mois.

M. WARLOMONT. Au mois de mars dernier, j'ai pu traiter à l'institut ophthalmique de San-Remo un malade atteint de décollement très ancien et qui, après l'iridectomie put lire le n° 7, sans qu'il ait pu s'expliquer en rien le mécanisme de cette guérison. Aussi, dorénavant, M. Warlomont ne laissera plus passer un seul cas de décollement de la rétine sans lui faire l'iridectomie.

M. CHIBRET a fait deux fois depuis l'an dernier l'iridectomie dans des cas de décollement récent. Dans un cas il a constaté le recollement ; dans l'autre il n'a eu aucun succès.

M. MARTIN (de Bordeaux) a obtenu deux succès dans des cas récents. Dans ces deux cas, la pression intraoculaire était plutôt diminuée.

M. GALEZOWSKI a fait depuis 1871 l'iridectomie dans le décollement de la rétine, mais les succès qu'il obtenait d'abord n'ont pas duré. De même le traitement antiphlogistique joint à

la position horizontale pendant huit ou dix jours réussit quelquefois, mais non toujours.

M. Dufour. A. de Græfe a fait remarquer dès 1856 que l'iridectomie avait pour effet de régulariser la pression intra-oculaire et que, par suite, il pouvait en résulter la guérison du décollement de la rétine.

Un cas d'anomalie rare congénitale de l'œil. — M. Debierre communique un cas de persistance de la membrane pupillaire et d'un cône fibreux allant du cristallin à la papille, reste du canal hyaloïdien.

Séance du 30 avril 1886. — Présidence de M. Wicherkiewicz (de Posen).

Sur l'irrigation des chambres de l'œil pour l'extraction de la cataracte. — M. Wicherkiewicz combat les méthodes proposées pour hâter la maturation de la cataracte. Depuis quelques années, l'orateur cherche le moyen d'enlever d'un seul coup une cataracte non mûre, par la cystotomie de la capsule antérieure et l'irrigation de tout ce qui peut rester après la sortie du noyau. Ce procédé offre un autre avantage, c'est de pousser plus loin l'antisepsie en se servant, pour le lavage, de liquides antiseptiques. Cependant, lorsqu'il n'est pas nécessaire de pousser l'antisepsie très loin, l'auteur emploie seulement de l'eau distillée salée dans la proportion de 7 pour 1,000, bouillie et refroidie à 30° c.

Sur la plaie cornéenne dans l'extraction de la cataracte et sur les moyens de prévenir sa suppuration. — Depuis longtemps le Dr Galezowski s'est attaché à étudier la forme de la plaie cornéenne et les modifications qu'elle subit dans les premiers trois jours qui suivent l'opération. Il a constaté d'abord que les plaies taillées en biseau sont plus susceptibles de suppurer que celles qui sont taillées perpendiculairement à la surface; les plaies faites avec le couteau triangulaire de Beer étaient toujours taillées en biseau ; avec le couteau de Graefe, nous avons l'avantage de pouvoir obtenir facilement la coupe perpendiculaire, ce qui exposera moins aux accidents.

Pour faciliter la cicatrisation, il emploie des plaques de gélatine antiseptiques, contenant du sublimé en dissolution et de la cocaïne. Ces plaques forment de petits carrés de 1 centimètre 1/2, et on les introduit entre les paupières et on referme l'œil. L'observation a démontré qu'elles restent quatorze heures avant de fondre dans les larmes et disparaitre; pendant ce temps, la plaie se met en coaptation et les accidents suppuratifs ne sont plus à redouter.

Depuis le mois de septembre, époque où il a commencé à employer ce pansement, il a opéré 160 cataractes et il n'a pas eu un seul cas de suppuration, tandis que les autres années, à la même époque, il a eu quelques accidents sans cause connue. Il recommande beaucoup ce pansement comme très inoffensif pour l'œil, et permettant, plus que tout autre, de garantir contre les suppurations de la cornée.

Injections et pansements à l'ésérine. — M. de Wecker fait le lavage de la chambre antérieure en se servant pour cela de l'ésérine. Ce qui le préoccupe, c'est beaucoup moins la désinfection que l'étalement complet de l'iris, une contraction permanente du sphincter s'exerçant sur une surface absolument nette et uniquement formée par la fossette hyaloïde. Il fait les injections avec une solution à 4 0/0 d'acide borique dans de l'eau distillée, bien bouillie, et contenant 0,25 0/0 de salicylate d'ésérine. Ces injections ne sont pratiquées que lorsque, ayant enlevé avec les pinces kystitomes un large lambeau quadrangulaire de la capsule, il a, après expulsion du cristallin, obtenu une pupille noire et une rentrée déjà complète de l'iris. Il introduit alors la canule en argent de son injecteur dans le champ pupillaire et y pousse la solution d'ésérine. Pour maintenir pendant toute la durée de la guérison le sphincter pupillaire contracté, on verse sur la rondelle boratée qui sert au pansement, une petite quantité d'une solution à 0,50 0/0 de salicylate d'ésérine dans quatre parties de glycérine pour une d'eau, solution contenant, en outre, 4 0/0 d'acide borique.

Sur la maturation de la cataracte. — M. Gunning (d'Amsterdam) pense que la maturation de la cataracte est une opération bonne en elle-même et qu'il faut conserver, mais en modifiant le procédé de Eorster. La simple ponction de la chambre antérieure, suivie du massage, donne les mêmes résultats que l'iridectomie.

Extraction des cataractes molles. — M. Manotescu (de Bucharest). Après avoir dilaté la pupille et mis l'écarteur, on fixe l'œil par sa partie interne, on introduit le couteau à la hauteur du méridien horizontal de la cornée et dans un point correspondant au milieu de son rayon. Le couteau, arrivé dans la chambre antérieure, attaque de face le cristallin. Cela fait, il ne reste qu'à prolonger un peu la section de la cornée, dans la direction en bas et en dehors, et de presser, avec cette lame même contre la lèvre postérieure de l'ouverture de la cornée, pour voir les masses cristalliniennes se précipiter au dehors. Après l'élimination complète des masses cristalliniennes, ce qu'il m'est arrivé d'obtenir dans presque tous les cas, j'ai instillé de l'atropine.

De la kératokystitomie dans l'opération de la cataracte. — M. le professeur Gayet vient plaider une cause qui n'est pas la sienne, mais celle déjà d'un grand nombre d'opérateurs jeunes et vieux, celle de la pratique simultanée de la kératotomie et de la kystitomie dans l'extraction de la cataracte. La kératokystitomie se pratique d'une façon très simple et très régulière. Le couteau de Græfe est plongé résolûment dans la cornée et poussé vers le centre de la capsule où on l'enfonce très peu. La pointe est ensuite ramenée en avant par un mouvement de bascule du manche en arrière; ce mouvement suffit d'ordinaire à la dégager, soit par déchirure de la cristalloïde, soit par soulèvement d'un opercule capsulaire, qui peut rester attaché à l'instrument. Enfin la contreponction et la kératotomie régulière terminent la manœuvre.

Les complications propres à la kératokystitomie ne sont jamais graves, et, pas plus que pour aucune autre manœuvre opératoire, ne sauraient être considérées comme un motif suffisant pour la repousser. Au point de vue des suites éloignées de l'opération, elle ne paraît inférieure à aucun autre procédé d'ouverture capsulaire.

M. Chibret recommande de flamber les instruments au lieu de se contenter de les tremper dans l'acide phénique. Il recommande, en outre, de déchirer les deux capsules du cristallin. Il proteste contre le procédé de M. Galezowski, qui lui paraît être un pas en arrière. Il ne faut plus faire de grandes iridectomies comme on les faisait autrefois, mais seulement de simples sections du sphincter de l'iris.

M. Vacher, qui opère toujours sans aide, fait la cataracte sans iridectomie. Pour les lavages de la chambre antérieure, tous les instruments peuvent être remplacés par une canule, avec un simple siphon. Les lavages antiseptiques empêchent l'enfoncement de la capsule et de la chambre antérieure, comme on le voit généralement.

M. de Wecker. Il y a un très grand avantage à retirer la capsule antérieure, au point de vue de l'acuité de la vision et de l'enclavement possible dans la plaie. Or, il est toujours possible d'arracher un grand lambeau quadrangulaire de la capsule avec les pinces kystitomes. L'iris ne se soude jamais avec la surface de la capsule, mais uniquement avec les lèvres de la plaie de la capsule.

M. Gayet vient répondre. Il déclare qu'il ne comprend pas bien qu'on s'évertue à faire des instruments si ingénieux pour les faire pénétrer dans l'œil; pour lui, il y arrive d'une manière plus simple. Il prend une simple boule en caoutchouc, armée d'une canule assez grosse pour envoyer un jet d'un millimètre à deux millimètres ; il dirige ce jet sur la plaie et le lance avec une certaine force contre la plaie, force qu'il peut, du reste, graduer à volonté. Sous l'influence de ce dard liquide, la plaie s'entrouvre et il y pénètre en y formant un tourbillon dont on peut facilement apprécier la direction et la force.

En ce qui concerne la possibilité d'extraire à volonté les lambeaux de la capsule, M. Gayet fait de grandes réserves et ne pense pas qu'elle résulte de la façon et de l'instrument avec lequel on fait la kystitomie. En réalité, c'est le cristallin qui crée lui-même l'ouverture par laquelle il passera, et ce qu'il pourra entraîner avec lui de son enveloppe est livré à des circonstances plus ou moins fortuites, sur lesquelles nous restons sans influence.

M. Abadie. — Tout le monde est d'accord pour penser que

l'opération de la cataracte sans iridectomie est supérieure à l'opération de la cataracte avec iridectomie. Les enclavements de l'iris consécutifs à l'iridectomie sont, en effet, la cause de nombreux accidents. D'autre part, après iridectomie, la pupille est plus grande, le résultat esthétique est moins bon. Le procédé sans iridectomie a aussi des inconvénients; le prolapsus irien dans la plaie et les cataractes secondaires. Le prolapsus irien peut être évité au moyen de l'instillation directe de l'ésérine dans la chambre antérieure, ou la pommade à l'ésérine. De plus, lorsque l'iris est intact, les cataractes secondaires sont beaucoup moins gênantes que lorsqu'il y a eu iridectomie.

M. Dianoux signale un cas de dépouillement épithélial de la cornée, dû à l'emploi trop prolongé de la cocaïne.

M. Galezowski fait la discission de la capsule avec le couteau et avant que la chambre antérieure ne soit vidée. Il y a des cas dans lesquels on ne peut empêcher le prolapsus de l'iris et où l'ésérine ne fait rien. Il faut alors se borner à réséquer l'iris. L'ésérine prédispose, au contraire, aux cataractes secondaires.

Observations anatomiques et physiologiques sur la strabotomie. — M. Motais a trouvé plusieurs fois dans ses dissections des faisceaux tendineux insérés à 2 ou 3 millimètres en arrière de l'insertion principale, des veinules émergeant de la sclérotique et se jetant sur le tendon, des trabécules celluleux très denses en arrière du tendon. Il est donc nécessaire de promener le crochet, non seulement latéralement, mais en arrière, après la ténotomie.

Causes des insuccès dans l'avancement musculaire. — La structure des tendons l'explique. Le tendon du droit interne est le plus épais. Celui du droit externe, épais au centre, est très mince sur les bords. Cet amincissement augmente dans le strabisme convergent et la myopie. Celui du droit inférieur est très épais, mais ses faisceaux sont séparés par de larges interstices celluleux. On doit donc choisir le point du tendon que traversera le fil, et, en outre, soutenir la suture en y comprenant non seulement la conjonctive (Abadie), mais encore la capsule.

Que devient le tendon après la strabotomie? Ordinairement il ne se greffe que par des fibrilles éparses. La greffe à la sclérotique est plutôt capsulo-conjonctivale que tendineuse La strabotomie n'est pas encore définitivement réglée. De même que les travaux anatomiques de Bonnet ont été son point de départ; de même, ses perfectionnements seront dus à de nouvelles recherches anatomiques et physiologiques.

Mon but est surtout d'attirer l'attention sur un mode opératoire du glaucome peut-être trop négligé qui, dans certains cas, pourrait être substitué à l'iridectomie, et en particulier dans le cas où l'on est en droit de soupçonner, par suite de l'exiguité très marquée de la chambre antérieure, un irrémédiable défaut de communication entre les deux grandes cavités de l'œil, ou lorsqu'une sclérotomie exploratrice, pratiquée à la jonction scléro-cornéenne, a démontré, en activant les phénomènes du glaucome, que l'on fait fausse route.

Grâce à la sclérotomie antérieure, dont les indications semblent aujourd'hui nettement posées, une partie des dangers de l'iridectomie a déjà pu être écartée, et le terrain propice à ce genre d'opération s'est trouvé mieux circonscrit; je ne doute pas qu'une expérimentation plus large de la sclérotomie postérieure ou équatoriale arriverait à restreindre encore le champ d'application de l'iridectomie au grand profit de la sûreté de ce dernier mode d'opération.

Sur l'ophthalmotomie ou scléro-choriotomie postérieure. — M. Galezowski signale une lacune qui existe jusqu'à présent en ophthalmologie : c'est que toutes les opérations que l'on pratique sur le globe oculaire sont exclusivement limitées au segment antérieur du globe, et le segment postérieur est délaissé, et pourtant ni l'iridectomie, ni la sclérotomie n'ont aucune prise sur différentes maladies graves, telles que la *boophthalmie*, le décollement large bi-lobaire de la rétine, l'hémorrhagie générale du corps vitré et certaines variétés de glaucome postérieur. Contre ces différentes affections, nous étions complètement désarmés, et c'est ici que j'ai pratiqué avec un grand succès l'ophthalmotomie. Cette opération, je la pratique sans ou avec la suture et de la manière suivante : j'attire l'œil, autant que possible, en dedans et en bas, avec une pince que je fixe près du bord externe de la cornée et alors j'enfonce le couteau de Græfe, entre les muscles droit supérieur et externe, dans la sclérotique, la choroïde, la rétine et le corps vitré, à 5 ou 6 millimètres du cercle ciliaire, puis, par un mouvement de va-et-vient, je prolonge mon incision d'arrière en avant jusqu'à la région du cercle ciliaire. Il s'échappe alors beaucoup de liquide sanguinolent; à ce moment, sans perdre du temps, je réunis la plaie par un point de suture avec un fil de catgut que je laisse à demeure.

Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. — M. P. Redard. Un grand nombre d'affections oculaires reconnaissent pour cause une altération du système dentaire. Principalement dans les cas d'accidents douloureux et inflammatoires du côté de l'œil, dans les cas de glaucome à cause obscure, dans les cas d'amaurose et d'amblyopie avec mouches volantes, brouillard, diminution notable de la vision, etc., dans les cas de spasme ou de paralysie du muscle ciliaire ou des autres muscles de l'œil, dans les cas d'asthénopie sans cause apparente, il faut examiner avec soin le système dentaire et commencer par instituer un traitement rigoureux de ce côté.

M. Gayet cite un fait dans lequel des accidents étaient causés par une dent à pivot. Les accidents disparaissaient ou revenaient selon qu'on enlevait ou replaçait la dent.

M. Fieuzal a vu des cas de ce genre assez nombreux pour demander l'annexion à la clinique des Quinze-Vingts d'une clinique dentaire.

M. Suarez et M. Galezowski citent des faits analogues.

M. Javal cite un fait d'ordre inverse dans lequel une douleur dentaire disparut à la suite de l'opération du glaucome.

Considérations cliniques sur les rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires. — M. Dehenne. Chez un grand nombre de malades qui ont été atteints de paralysies oculaires, le strabisme et la diplopie persistent par le fait de la rétraction de l'antagoniste. Quel que soit le traitement général employé, le patient ne guérit pas, si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

Le plus souvent la ténotomie du muscle rétracté suffit, lorsque la transformation du strabisme paralytique en strabisme concomitant est manifeste, avec conservation de la diplopie et de la loucherie. Quelquefois, il faut y joindre l'avancement du muscle primitivement paralysé. L'intervention chirurgicale n'offre aucun danger. On allonge un muscle rétracté, et qui resterait définitivement rétracté, si l'on n'intervenait pas On ne court donc aucun risque de l'affaiblir en le reculant. On le met, au point de vue fonctionnel, exactement dans la situation qu'il occupait avant sa rétraction.

M. Prouff, dans un cas de strabisme convergent excessif, fit une strabotomie du droit interne; le malade peut actuellement amener sa pupille au milieu de la fente palpébrale.

Traitement du ptosis. — M. Dianoux a déjà exposé son procédé qui est celui de Dransart, légèrement modifié, mais rien n'est changé au principe: relier par un cordon cicatriciel et sous-cutané le frontal au tarse, de manière à donner au muscle une action plus directe sur la paupière. Passer deux anses de fil très fort, pénétrant au niveau du pli longitudinal de la paupière au-dessus de la racine des cils, glisser l'un des chefs sous la peau, l'autre profondément, sans entamer le cul-de-sac conjonctival, le faire ressortir à la partie supérieure du sourcil à la même distance qu'à l'entrée (4 à 6 mm.), le nouer sur une plaquette de baleine, serrer progressivement les jours suivants jusqu'à ce que tous les tissus interposés soient coupés sauf la peau du sourcil, s'efforcer d'obtenir un peu de suppuration le long du trajet du fil; on obtient ainsi à peine un endolorissement très supportable de la région et peu de réaction. Le résultat va en s'accentuant pendant plusieurs semaines après que les fils ont été retirés.

De l'amblyopie par intoxication paludéenne. — M. Teillais (de Nantes). Il résulte de mes observations que : L'amblyopie est une complication fréquente de l'intoxication paludéenne; elle peut révéler toutes les formes, depuis le trouble fugace jusqu'à la cécité complète. La durée est variable, puisqu'elle s'étend de quelques moments à plusieurs mois, mais quelle que soit son intensité, elle disparaît le plus souvent sous l'influence

du traitement antipériodique avec la même promptitude qu'elle est venue, sans laisser au fond de l'œil aucune trace de son passage.

L'amblyopie est binoculaire ; elle n'est quelquefois qu'un trouble léger et indécis, mais parfois elle se présente sous la forme d'un scotome central qui peut envahir tout le champ visuel et déterminer la cécité temporaire. Il n'y a pas d'amblyopie paludéenne sans diminution plus ou moins accentuée du champ visuel. La faculté chromatique est conservée. L'amblyopie peut exister à tous les degrés de l'intoxication : fièvres normales, accès pernicieux, fièvres larvées. Elle n'est pas toujours proportionnée à la gravité de la diathèse, tandis que les lésions n'ont été signalées que dans les cas de fièvre pernicieuse ou de cachexie paludéenne.

M. Poncet. Les accidents oculaires dans les fièvres paludéennes sont très fréquents. Les rétines des malades paludéens sont très pigmentées ; on comprend donc que les vaisseaux choroïdiens soient le siège d'embolies par des globules blancs formant des amas qui ont acquis 40 ou 50 fois leur volume. Après l'administration du sulfate de quinine, la débâcle survient et les accidents disparaissent ; il en est de même pour les paralysies des membres que l'on peut observer dans ces cas. L'héméralopie peut coïncider avec les accidents palustres, ce qui montre la nature anatomique essentielle de l'héméralopie avec œdème péripapillaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 mai 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Chauffard rapporte l'histoire d'un jeune malade de 13 ans, atteint, à la suite d'un traumatisme, d'une monoplégie brachiale gauche de nature hystérique ayant duré trois ans et s'étant accompagnée d'un arrêt complet de développement du membre, avec atrophie, troubles trophiques, disparition des réflexes, etc., aujourd'hui la monoplégie a disparu et tout est à peu près rentré dans l'ordre.

M. Desnos lit un long mémoire de M. Glenard sur l'*entéroptose* comme cause de la neurasthénie en général ; cette entéroptose (prolapsus ou abaissement de la masse intestinale) s'accompagne en général de flaccidité de l'abdomen, d'étroitesse du côlon et de clapotement gastrique et fort souvent de déplacements du foie, du rein ou de la rate M. Glenard voit dans cet ensemble symptomatologique compliqué qu'il décrit sous le nom d'enteroptose une véritable entité morbide.

M. Cadet de Gassicourt a voulu expérimenter avec grand soin et dans de nombreux cas la méthode de M. Delthil pour le traitement du croup, méthode qui, comme on le sait, consiste à faire brûler auprès du malade un mélange de deux tiers de goudron et un tiers d'essence de térébenthine. Il a fait de nombreuses expériences très consciencieuses sur de nombreux enfants, non pas à la période de dyspnée simple, alors que fort souvent ils guérissent seuls, mais bien sur des sujets à la période de tirage permanent qui ne peuvent guérir qu'à la condition d'expulser les fausses membranes : De tous ces faits il résulte que le *mieux* qu'on puisse dire de ce mode de traitement, c'est qu'il ne fait ni bien, ni mal ; mais en tous cas il est fort pénible et le plus souvent très-mal supporté. — M. d'Heilly fait remarquer d'ailleurs que M. Delthil luimême a presque complètement abandonné son procédé et qu'actuellement il se contente d'entourer le petit malade de récipients remplis et de linges imprégnés d'essence de térébenthine, de manière à avoir une grande surface d'évaporation. Les résultats ainsi obtenus seraient des plus remarquables.

M. C. Paul fait une longue communication sur le traitement de l'obésité. Pour lui rien ne vaut la tradition, aussi emploie-t-il exclusivement le vieux traitement de Dancel qui se résume en ceci : 1° exercice surtout le matin après un temps de sommeil aussi restreint que possible ; 2° suppression *absolue* dans le régime de tous les corps gras, des substances sucrées ou amylacées, (pâtisseries, pain, fécules) ; 3° diminution considérable des boissons ; 4° purgatifs fréquemment répétés, surtout drastiques. L'auteur cite tout au long l'observation d'une de ses clientes obèse chez laquelle il a pu constater ce fait que son poids augmentait chaque année régulièrement de janvier à avril, puis diminuait d'avril et mai et restait stationnaire jusqu'à la fin de l'année. — Après une vive critique de tous les modes de traitement, proposés contre l'obésité par Harvey et vulgarisé par Bauting, par Vogel, Ebstein, Œrtel Schweininger et G. Sée, M. Paul affirme de nouveau sa prédilection pour le régime de Dancel qu'il faut d'ailleurs appliquer peu à peu afin que le malade ait le temps de s'y habituer.

M. Debove fait remarquer que des facteurs thérapeutiques multiples interviennent dans les divers modes de traitement de l'obésité et qu'il est fort difficile de savoir au juste quels sont ceux qui agissent et comment ils agissent. C'est pour cela que dans les expériences qu'il a récemment communiquées, il a commencé à rechercher l'influence sur un organisme normal de chacun de ces éléments : il a ainsi étudié l'eau ; il étudiera prochainement la graisse. M. Paul reproche précisément à M. Debove d'avoir expérimenté sur des gens sains qui d'après lui ne réagissent pas du tout comme des malades tels que les obèses.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mai 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Le Fort rapporte une observation intéressante de grossesse prise pour un fibrome utérin ; comme on se disposait à opérer, on put, à la faveur du sommeil chloroformique, sentir les mouvements du fœtus.

M. Guéniot dit que l'opération doit toujours être remise, à moins d'urgence, lorsqu'il y a le moindre soupçon de grossesse. Il conseille de rechercher avec soin la contractilité de l'utérus qui devient manifeste dès le 3e ou le 4e mois.

M. Le Fort ajoute que, dans ce cas, la malade, qui souffrait de douleurs intolérables, réclamait énergiquement l'intervention.

M. Terrier fait observer que l'on rencontre la contractilité utérine dans certains fibromes utérins et que la constatation isolée de ce signe ne peut permettre d'affirmer la grossesse.

M. Le Fort ne croit pas nécessaire d'insister sur ce fait qu'il faut différer l'opération lorsqu'il y a doute, mais il tient à répéter que la chloroformisation peut être utilisée pour la recherche des mouvements fœtaux.

M. Polaillon croit que le cathétérisme utérin est autorisé dans ces cas.

M. Kirmisson lit une observation d'uréthrotomie interne pour rétrécissement infranchissable ; le résultat fut excellent.

M. Terrier qui a pratiqué, dans ces dernières années, 11 fois l'uréthrotomie interne, a obtenu 11 succès.

M. Terrier fait un rapport sur le *traitement du staphylome conique de la cornée par l'excision d'un lambeau cornéen*, par M. Galezowski. M. Terrier fait remarquer que l'opération proposée par M. Galezowski ne diffère du procédé de M. Bader que par la grandeur du lambeau.

M. Farabeuf fait connaître les conclusions d'un travail de M. Azzaky sur les *fractures de la cavité glénoïde*.

M. Routier lit une observation de *névralgie mammaire due à un adénome*.

M. Delorme lit une observation de rétrécissement spasmodique de l'urèthre chez un hystérique.

Paul Poirier.

Séance du 19 mai 1886.

M. Hergott (Nancy) dépose, au nom de M. Blin (Dijon) une observation de *rétention des règles par imperforation de l'hymen*.

M. Ledentu présente un moulage de *sclérème éléphantiasique de la verge dû à des fistules urinaires multiples*. — M. Monod analyse quatre observations de *cathétérisme rétrograde*, dues à MM. E. et J. Bœckel (de Strasbourg ; ces analyses confirment les conclusions du rapport fait précédemment par M. Monod.

M. Terrillon lit deux observations de *kystes ovariques multiloculaires* dans lesquels l'analyse histologique mon-

tra les éléments du sarcome. L'ovaire de l'autre côté fut atteint de sarcome quelque temps après l'opération. M. Terrillon a pu recueillir 32 observations semblables dans les auteurs. S'appuyant sur ces faits, il fait remarquer que la distinction clinique entre les tumeurs ovariques bénignes et malignes ne doit pas être absolue.

M. Terrier demande à M. Terrillon en quoi ses conclusions diffèrent de celles émises par M. Poupinel dans sa thèse inaugurale sur *la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire.* — M. Terrillon répond qu'il adopte les conclusions émises par M. Poupinel.

MM. Bouilly et Terrier établissent par quelques exemples que la récidive de ces kystes multiloculaires de nature sarcomateuse n'est pas inévitable.

M. Le Fort présente un certain nombre d'observations de rétrécissement de l'urèthre traités avec succès par son procédé de *dilatation extemporanée progressive.*

M. Ledentu présente une jeune femme guérie d'un kyste hydatique du foie par le procédé de la ponction.

M. Ledentu présente un homme de 72 ans sur lequel M. Nicaise a pratiqué avec succès la *cure radicale d'une hernie inguinale* énorme et incoercible. Paul Poirier.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. **Ueber den Zeitpunkt der Abnabelung**; par Engel (*Cent. f. gyn.*, 14 novembre 1885, n° 46.)

II. **The machanism and management of the third stage of labour**; par Berry Hart (*Brit. med. Journ.* 24 octobre 1885, p. 786).

III. **Vomissements incoercibles de la grossesse guéris par le gavage**; par Brunnicke (*Hospital's Tidende*, n° 29, 1885, et *Centr. f. gyn.*, n° 41, 1885).

I. La circulation placentaire ne cesse pas immédiatement après la naissance, et il existe une période de transition pendant laquelle le cordon continue à battre. Les recherches bien connues de Budin ont démontré que si, au lieu de lier tout de suite le cordon ombilical, on attend que tout battement ait disparu, l'enfant bénéficie de 92 gr. de sang environ, qui lui viennent du placenta ; ces conclusions ont été vérifiées par un grand nombre d'auteurs.

Engel, reprenant la méthode des pesées de Schücking pour évaluer la quantité de sang qui passe ainsi du placenta dans le corps du fœtus, a opéré sur 60 nouveau-nés dont 24 avant terme. Il a trouvé que ces enfants augmentaient en moyenne de 70 gr. ; toutefois l'augmentation atteint 90 gr. chez les nouveau-nés avant terme : chez ces derniers, la circulation dure aussi plus longtemps.

Examinant les causes qui font progresser le sang du placenta vers le nouveau-né, Engel rejette l'influence de la contraction utérine ; il considère aussi l'aspiration thoracique comme insuffisante pour effectuer cette progression, et il admet que deux facteurs entrent en jeu : d'une part, le cœur fœtal, agent d'impulsion, de l'autre la contraction des vaisseaux du cordon et du placenta.

Les bons résultats de la ligature tardive sont évidents et admis par la majorité des accoucheurs. C'est surtout en ce qui concerne les enfants nés avant terme que les recherches d'Engel présentent un grand intérêt. Pendant quatre ans, on n'a fait à la clinique de Klaüsenburg que des ligatures immédiates ; or, sur 90 nouveau-nés avant terme, il en est mort 17 dans les 10 premiers jours (mortalité : 18,88 0/0). Durant les quatre annés suivantes, on pratiqua toujours la ligature tardive ; sur 74 enfants avant terme, il n'en mourut que 7, ce qui abaisse le chiffre de la mortalité à 9,45 0/0. C'est là un fait remarquable qu'il importe de faire ressortir : il apporte une nouvelle preuve à l'appui des excellents effets qui résultent pour le nouveau-né de la ligature tardive.

II. Le mémoire de Berry Hart est une excellente étude du mécanisme naturel de la délivrance, des anomalies de ce mécanisme et de la conduite à suivre dans les cas normaux et anormaux.

Après avoir rappelé les modifications que subit la caduque utérine au niveau du placenta et des membranes, modifications indispensables à connaître pour bien comprendre le mode de détachement des annexes du fœtus, l'auteur expose ainsi le mécanisme de ce décollement. Dès le début de la période de délivrance, l'utérus est rétracté et globuleux ; ses parois épaissies restent lisses à leur face interne ; les membranes au contraire, pendant le retrait de l'organe, se rident et forment une série de plis qui se détachent de la paroi utérine, entraînant avec eux la portion de la muqueuse qui doit être éliminée. Ces faits ont déjà été observés par F. Barbour soit chez des femmes mortes avant la délivrance, soit sur des utérus enlevés au cours d'une opération de Porro. C'est cette rétraction de l'utérus tout entier (et non pas seulement le rétrécissement de l'aire placentaire et la formation d'un caillot rétro-placentaire) qui détache aussi le placenta. Berry Hart admet avec Duncan que le placenta s'engage ordinairement dans le vagin par son bord. Au moment où cet engagement a lieu, l'utérus change de forme, et de globuleux devient aplati d'avant en arrière.

Les anomalies de ce mécanisme consistent : 1° dans la détention du placenta dans l'intérieur de la cavité cervicale ; cette dernière s'allonge et forme une tumeur suprapubienne, le corps de l'utérus étant vide et contracté ; c'est là un fait rare, observé par B. Hart et Schrœder ; 2° dans l'adhérence partielle du placenta ; 3° dans l'adhérence des membranes.

Dans le traitement de la délivrance, on doit avant tout tenir compte du changement de forme que subit l'utérus au moment du passage du placenta dans le vagin. Le palper est ici d'une grande importance. Tant que l'utérus restera globuleux, on se contentera d'en embrasser le fond avec la main pour s'assurer si l'organe est dur et ne se relâche pas, et on se gardera d'employer l'expression qui pourrait amener une rétention des membranes. On n'aura recours à la méthode de Crédé que si, au bout d'une demi-heure, temps ordinairement nécessaire au décollement, le placenta est toujours dans l'utérus. L'expression suppléera alors à l'inertie utérine ; ou bien, si le placenta ne cède pas à son action, on en conclura qu'il existe des adhérences anormales. Au moment où le palper indique, par la forme aplatie que prend l'utérus, le passage du délivre dans le col et le vagin, une légère pression suffira pour effectuer la délivrance. Si les membranes résistent, on ira saisir le placenta dans le vagin avec la main, et on l'extraira lentement ; le mieux est, en pareil cas, de placer la femme sur le côté pour mieux tirer dans l'axe, l'autre main comprimant légèrement l'abdomen.

Dans les cas d'adhérence du placenta ou des membranes Berry Hart proscrit l'expression comme dangereuse ; on fera la délivrance artificielle avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires.

III. On pouvait, à priori, supposer que le gavage devait donner d'excellents résultats dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse. Le fait vient d'être prouvé par une intéressante observation de Brünnicke. Après avoir essayé en vain chez une femme enceinte atteinte de cette affection plusieurs sortes de traitements, il obtint la guérison par l'alimentation artificielle. A l'aide d'un tube introduit dans l'œsophage, mais ne descendant pas jusqu'à l'estomac, il fit pénétrer du bouillon, du lait, de la poudre de viande et d'autres aliments qui ne furent pas rejetés. Chaque fois que le malade voulait faire un effort de déglutition, les vomissements reparaissaient. Ce n'est qu'après un traitement continu de trois semaines que les vomissements furent définitivement enrayés et que la malade fut en état de prendre et de conserver ses aliments sans le secours de la sonde. Dr Maygrier.

Société médicale de Pavie. — Il vient de se fonder à Pavie, le 8 décembre 1885, une nouvelle société médico-chirurgicale. Cette fondation est due à l'initiative du Dr Guzzoni degli encarini. (*Il Morgagni*, 24 avril 1886.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis ; par le Dr Péan. Tome III. Félix Alcan, éditeur.

Ce volume, composé d'après le même plan que les précédents, est divisé en deux parties principales. Dans la première, l'auteur a reproduit *in extenso* les plus importantes de ses leçons du samedi; dans la seconde, il a rassemblé, en les groupant méthodiquement et en y ajoutant çà et là des commentaires plus ou moins étendus, les nombreuses observations recueillies dans son riche service de Saint-Louis.

Les leçons *in extenso* sont au nombre de 14. Les deux premières sont consacrées à une étude très complète du mal perforant plantaire. Les quatre leçons suivantes concernent les affections, tant aiguës que chroniques, des synoviales tendineuses. Viennent ensuite des leçons sur les tumeurs congénitales sacro-coccygiennes et ano-coccygiennes, sur les accidents psychiques d'origine traumatique, sur l'hématome de la cloison nasale, sur les tumeurs mélaniques de la conjonctive, sur certaines déformations consécutives aux traumatismes du membre inférieur, sur le rétrécissement du rectum, Enfin, dans la 14e et dernière leçon, l'auteur passe en revue les divers procédés d'anesthésie chirurgicale, et il s'étend longuement sur l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression, proposée par M. Paul Bert, en 1878, et utilisée maintes fois depuis lors, grâce à une installation spéciale, dans l'amphithéâtre d'opérations de Saint-Louis.

Les très nombreuses observations réunies dans la seconde partie du volume se rapportent aux sujets les plus variés; nous nous bornons à signaler cette collection considérable de faits cliniques, car nous ne pourrions, sans nous exposer à dépasser de beaucoup les limites d'un simple aperçu analytique, tenter de l'examiner en détail. L'ouvrage se termine par une statistique générale des opérations pratiquées dans le service de l'auteur du 1er janvier 1877 au 1er janvier 1879, et par une statistique de 145 gastrotomies faites par M. Péan, du 1er janvier 1878 au 1er juillet 1881. Ces deux statistiques importantes sont encadrées dans des considérations générales sur les opérations ; on trouvera là des renseignements instructifs sur l'emploi méthodique du morcellement dans les extirpations de tumeurs, et les réflexions étendues, et non moins instructives, qui ont été suggérées à M. Péan par l'étude de la nouvelle série de gastrotomies que nous venons de mentionner.

Dr Ch. H. Petit-Vendol.

VARIA

Les troubles de l'Ecole de pharmacie : M. Chatin.

« Les événements qui se passent actuellement à l'Ecole de pharmacie, dit la *Justice* du 16 mai, et qui ont pour but d'arracher à M. Chatin sa double démission de professeur et de directeur, nous rappellent la dernière démonstration des étudiants en pharmacie. Celle-ci était faite en sens contraire et tendait à la nomination d'un professeur.

« En 1879, M. le Dr Léon Marchand, qui avait été chargé par M. Chatin de professer et de créer de toutes pièces le cours de cryptogamie, nouveau non pas seulement en France, mais encore en Europe, se vit menacé de quitter la chaire qu'il avait si laborieusement conquise. M. Chatin déclarait, disait-on, qu'il avait fait créer le cours pour son fils, que ce serait lui qui aurait la chaire ou qu'on la ferait disparaître. Ce système du directeur d'avoir fait tirer les marrons du feu pour son fils, parut injuste aux élèves qui, spontanément, se réunirent à plusieurs fois salle d'Arras et délibérèrent d'obtenir, par tous les moyens possibles, que le Dr Marchand fut maintenu dans ce qu'il pouvait à juste titre déclarer sa chaire. Ils signèrent une pétition, visitèrent des députés et se firent présenter au ministre de l'Instruction publique par M. Lockroy. En résumé, ils firent tant et si bien que l'injustice ne fut pas commise et que M. Chatin dut accepter M. Marchand comme collègue. Il est bon de noter qu'il s'agissait d'un nouveau cours et que sa création entraînait la surcharge des programmes d'examen. »

Sans insister sur la singulière façon dont M. Chatin sait récompenser les services rendus par ses collègues, le fait cidessus relaté prouve que les étudiants ne sont pas aussi ennemis du travail qu'on veut bien le dire, et que la botanique ne leur déplaît pas, car la cryptogamie en est une des branches. Ainsi se trouvent réduits à néant les raisonnements de ceux qui voient dans les troubles du cours de M. Chatin une protestation contre l'extension de cette science. Il prouve en outre contre l'opinion du *Petit National* que les élèves sont souvent de bons juges de la valeur de leurs professeurs, car celui que les élèves de 1879, ont désigné au choix du ministre a continué à avoir la sympathie et la confiance des générations qui se sont succédées à l'Ecole depuis cette époque.

— Le 14 mai, à la suite des troubles que nous avons racontés dans notre dernier numéro (p. 426), M. le ministre de l'instruction publique a fait fermer l'Ecole de pharmacie.

Les étudiants en pharmacie se sont réunis le 17 mai, dans la salle de l'Ermitage et, après une discussion très calme, ont voté l'ordre du jour suivant :

« Les étudiants en pharmacie de l'Ecole supérieure de Paris, réunis en assemblée générale, le 17 mai 1886 ; Considérant que les griefs articulés contre leur directeur sont suffisants pour donner lieu à une enquête, déclarent à M. le ministre de l'instruction publique que les incidents regrettables qui se sont produits au dernier cours de M. Chatin ne sont dus qu'aux agissements du directeur, aux violences du personnel et à l'intervention maladroite de ses amis; ils espèrent que l'enquête complète sera faite dans le plus bref délai et demandent à M. le ministre la réouverture de l'Ecole. »

— Le conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de l'Académie de Paris s'est réuni le 17 mai en séance extraordinaire, pour s'occuper des troubles qui ont eu lieu la semaine dernière à l'occasion de la réouverture du cours de M. Chatin. Il a décidé qu'une information serait ouverte contre les étudiants accusés d'y avoir pris part, et qui relèvent disciplinairement du conseil. Un commissaire a été nommé pour procéder à cette information préalable. Le conseil decidera dans une très prochaine séance s'il y a lieu de poursuivre.

— Le journal le *Matin* ayant formulé contre M. Chatin divers griefs assez graves, celui-ci, d'après le *Temps* du 20 mai, aurait déposé une plainte en diffamation contre ce journal qui a reproduit les accusations d'ordre privé portées contre M. Chatin à la dernière réunion des étudiants en pharmacie, à la salle de l'Ermitage.

Nous devons dire que, le 19 mai, le *Temps* avait résumé ainsi qu'il suit les principales accusations formulées contre M. Chatin :

1° Que M. Chatin touchait un traitement d'une Société d'eaux minérales, à laquelle il aurait vendu son nom et son titre de directeur de l'Ecole ; — 2° qu'il avait fabriqué (toujours pour la même Société) un sel que ladite Compagnie vend au public comme résidus provenant des eaux qu'elle exploite ; — 3° que certaines sommes qui devraient être affectées au service du laboratoire sont détournées et consacrées à combler un déficit laissé par un ancien bibliothécaire — protégé de M. Chatin.

Le *Temps* ajoute qu'il a pris des renseignements au sujet de ces griefs et il donne les explications ci-après :

« M. Chatin serait copropriétaire d'un établissement d'eaux minérales et ferait, avec plusieurs ingénieurs et professeurs de la Faculté de médecine, partie d'un conseil purement scientifique qui n'a pas à s'immiscer dans la vente des produits. En ce qui concerne les résidus salins des eaux, M. Chatin, contrairement à ce qui lui est reproché, en aurait fait cesser la vente il y a huit ou dix ans. Quant au déficit produit dans la caisse de la bibliothèque par les malversations d'un employé, il aurait été comblé, non par les fonds affectés au service du laboratoire, mais par un virement sur les fonds de collections attribués aux professeurs.

« Les étudiants s'étaient plaints aussi de la suppression des opérations portant sur l'opium et le quinquina. Ces produits sont fort chers et ce serait par suite de l'insuffisance du crédit budgétaire que M. Chatin aurait été forcé de renoncer aux manipulations dans lesquelles ils sont employés. Cette dépense a du reste été prévue et rétablie au budget de cette année. »

Nous pensons qu'il est du devoir de M. le ministre de faire une enquête très sérieuse sur les causes des manifestations réitérées des étudiants en pharmacie contre M. Chatin. D'après les nombreux renseignements qui nous sont donnés, ces manifestations seraient en quelque sorte la résultante d'une série longue et ininterrompue de tracasseries de nature diverse qui ont créé à M. Chatin une situation tout à fait fausse. Une protestation signé de 450 citoyens — même étudiants en pharmacie — nous semble mériter mieux que le dédain de la part d'un ministre républicain. Si les accusations sont reconnues erro-

nées, ce sera M. Chatin qui, le premier, aura le droit de se féliciter de l'enquête.

Société médico-psychologique.

Cette Société a tenu sa séance solennelle le lundi 10 mai, sous la présidence de M. Semelaigne. Elle a décerné les récompenses suivantes :

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, a été décerné à M. Larroque, interne de la maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des rémissions dans la paralysie générale.* — Une mention honorable a été accordée à M. Dumas, interne de la maison de Charenton, pour un mémoire intitulé : *Des transformations de la personnalité et des erreurs de personnes chez les aliénés.*

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, a été décerné à M. le docteur Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse : *De l'aphasie et de ses diverses formes.* — Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Rouillard, pour sa thèse : *Essai sur les amnésies. Etiologie des troubles de la parole.*

Prix Belhomme. — Ce prix, de la valeur de 1,200 francs, a été décerné à M. le docteur Paul Bricon, médecin à Paris. La question posée était : « *De l'idiotie et en particulier des lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.* »

Prix Aubanel. — Ce prix, de la valeur de 2,400 fr., n'a pas été décerné. La question proposée était la suivante : « De la coexistance, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. » Deux récompenses ont été accordées : la première, de 800 francs, au mémoire de M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne ; la seconde, de 400 francs, au travail de MM. Roland et Bezançon, internes des hôpitaux de Paris.

Parmi les lauréats, nos lecteurs remarqueront avec plaisir, nous en sommes convaincu, le nom de notre ami, M. le Dr P. Bricon, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical.*

Folie religieuse.

On écrit de Vals-les-Bains : Un étrange maniaque, habitant Vals-les-Bains, a été interné aujourd'hui. Un sieur Jean Arlaud, qui depuis quelques années avait le cerveau dérangé et était atteint de la folie de la persécution, s'imaginait conjurer les mauvais esprits en accomplissant un singulier pèlerinage chaque année le vendredi saint. Il se rendait à Burzet, et là, restant vêtu seulement d'une chemise, pieds nus, chargé d'une croix, il montait au Calvaire

Et, chose à laquelle on ne voudra peut-être pas croire, il y avait sur le parcours un individu qui l'accompagnait à coups de fouet. ...Et, à chaque coup, Jean Arlaud lui demandait de frapper encore plus fort.

Quelques personnes ont prévenu la gendarmerie et, cette année, la population a été privée de cette triste scène. Le malheureux Jean Arlaud était d'ailleurs atteint d'une crise plus violente que de coutume. Il saccageait toute sa maison, prétendant chasser le diable. Les gendarmes ont eu beaucoup de peine à s'emparer de lui. Cette victime de la folie religieuse a été internée à l'asile de Privas. (*Lanterne,* mai.)—Les faits de ce genre ont un intérêt, au point de vue de l'influence des idées religieuses, sur la production de la folie.

Sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie (*Wratch*, N° 5, 1886, Saint-Pétersbourg).

Dans sa communication à la Société des Aliénistes de Saint-Pétersbourg (séance du 21 décembre 1885), le Dr Hertzenstein a présenté les résultats de ses recherches sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie. L'absence absolue des documents immédiats à cet égard l'a fait recourir à une méthode indirecte, notamment à l'énumération des malades de ce genre parmi les conscrits. C'est ainsi que se fondant sur les comptes rendus du Département médical relativement à l'état de santé psychique des conscrits convoqués pendant 4 ans (1879-1882), il a trouvé que sur 1,617,413 jeunes gens âgés de 21 ans, 15,727 ont été reconnus comme atteints de maladies mentales ou nerveuses, c'est-à-dire 9,72 0/0. Prenant ensuite le rapport pour chaque année séparément, M. Hertzenstein trouve qu'il est, à peu de chose près, le même ; il oscille entre 10,04 0/0 et 9,58 0/0. Ces considérations permettent à M. Hertzenstein de conclure que vu la constance (approximative) du rapport indiqué, le peuple russe est exposé à une série de causes constantes qui déterminent chez lui un nombre presque invariable des maladies de dégénérescence (?). J. Roubinovitsch.

Institut Pasteur.

Dans sa séance du 19 mai le Conseil municipal a voté une subvention de 5,000 francs. Le *Journal Officiel* du 20 mai publie la 27e liste de souscription le montant total est de 711,813 fr. 12.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 24. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Cruveilhier, Farabeuf, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Le Dentu, Reclus. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guéniot, Terrier, Segond.

Mardi 25. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Grancher, Delens, Bouilly ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Mathias-Duval, Humbert. — 4e *de Doctorat* 1re *Série* : MM. Laboulbène, Brouardel, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM Pajot, Richelot, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Berger, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. G. Sée, Ball, Troisier ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Cornil, Raymond.

Mercredi 26. — 1er *de Doctorat* : MM. Damaschino, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Cruveilhier, Rémy ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Le Dentu, Kirmisson ; — 3e *Série* : MM. Terrier, Farabeuf, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guéniot, Nicaise, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Landouzy.

Jeudi 27. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Ball, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Cornil, Berger, Debove ; — 3e *Série* : MM. G. Sée, Richelot, Bouilly ; — 4e *Série* : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Ch. Richet ; — 5e *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel.

Vendredi 28. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Nicaise, Cruveilhier, Rémy. — 2e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Béclard, Damaschino, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Terrier, Farabeuf, Pinard. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Trelat, Le Dentu, Budin ; — 2e *Série* : MM. Fournier, Guéniot, Segond.

Samedi 29. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Sappey, Vulpian, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Richelot, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Debove. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Delens, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Berger, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Ball, Laboulbène, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité), 1re *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hanot ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Quinquaud.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 27. — M. Beurnier. Ligaments ronds de l'utérus. — M. Curtil. Du traitement chirurgical des calculs vésicaux chez la femme. — M. Oddo. Etude clinique sur la période de réaction du choléra. — M. Legrain. Du délire chez les dégénérés. — *Samedi* 29. — M. Kalt. Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations du strabisme. — M. Saint-Martin. De l'iridectomie dans les iritis à rechute.

Examens.

Avis aux candidats ajournés avant le 9 juin 1886. — 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet. 2° Les épreuves orales seront renouvelées : Du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai ; Du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin. Les Candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 1er juin 1886 inclusivement, dernier délai ; Les Candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin, consigneront jusqu'au 15 juin 1886 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec (Décision de la Commission scolaire, en date du 10 mai 1886.)

Concours d'agrégation. (*Chirurgie et accouchements*). — La remise des thèses est fixée au vendredi 28 mai, à 4 heures. La soutenance et les argumentations commenceront le lundi 31 mai, à 5 heures du soir.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — Le Dr H. Picard commencera le lundi 24 mai, à 5 heures, à sa clinique, 13, rue Suger, un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Natalité à Paris. — Du dimanche 9 mai 1886 au samedi 15 mai 1886, les naissances ont été au nombre de 1193 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 445; illégitimes, 142. Total, 587. — *Sexe féminin* : légitimes, 440, illégitimes, 166. Total, 606.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 mai 1886 au samedi 15 mai 1886, les décès ont été au nombre de 1189, savoir : 621 hommes et 568 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5. F. 5. T. 10. Variole : M. 5. F 1, T. 6.— Rougeole : M. 16, F. 18, T. 34 — Scarlatine : M. 6. F. 6 T, 12. — Coqueluche : M. 7. F. 10 T. 17. — Diphthérie, Croup : M. 00 F. 00, T. 00. — Dyssenterie : M. 0 F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 0. T. 2. — Infections puerpérales : 8 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. ..— Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 28 F 33, T. 61.— Phthisie pulmonaire : M. 138, F. 98 T. 236. —Autres tuberculoses. M 21, F. 16. T 37. — Autres affections générales : M. 27, F. 36 T. 63 —Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 22, F. 39, T. 61. —Bronchite aiguë: M. 17 F. 17. T. 34 — Pneumonie : M 75, F. 69, T. 144.— Athrepsie : M. 28, F. 22 T 50. — Autres maladies des divers appareils : M 176 F. 160. T 326.— Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. —Morts violentes : M. 24, F. 4. T. 28.— Causes non classées M. 7, F. 8, T. 15.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37; illégitimes, 15. Total : 52 — *Sexe féminin* : légitimes, 34 ; illégitimes, 21. Total : 55.

Faculté de médecine de Paris. — M. Widal, interne des hôpitaux, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Jardet, démissionnaire,

Faculté de médecine de Nancy. — M. Legrain (E.) est nommé aide d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Prenant, appelé à d'autres fonctions.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — Un congé de trois mois, à partir du 1er mai 1886, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guignard, professeur d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. — M. Mareau, suppléant de pathologie et de clinique externes, est chargé d'un cours d'accouchements a la dite Ecole, du 1er mai au 31 juillet 1886.

Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Jourdan, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histologie.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. M Combes (Alphonse), licencié ès sciences physiques, préparateur adjoint de travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur au laboratoire de chimie organique (section des sciences physico-chimiques. — M. Griner (G.). préparateur du cours de chimie organique, est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique (section des sciences médico-physiques).

Conseil académique de Montpellier. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le samedi 8 mai 1886, pour l'élection d'un délégué de la Faculté de médecine, en remplacement de M. Moitessier, M. Estor, professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la dite Faculté, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Montpellier.

Assistance publique. — M. le Dr Picard (Ad.) est nommé medecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement. — Les medecins du VIIIe arrondissement sont convoques le lundi 31 mai, pour l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Hospice national des Quinze-Vingts. — *Clinique ophtalmologique.* — Par prorogation, le registre d'inscription des candidats pour la nomination d'un chef de clinique à la Clinique Nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts restera ouvert jusqu'au 31 mai courant. MM. les docteurs qui désirent prendre part au concours peuvent, avant cette epoque, se presenter au secretariat de l'Hospice National des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, tous les jours non feries, de 10 heures à 4 heures, ou il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Hopital d'enfants a Milan. — On annonce l'erection à Milan d'un hôpital pour les enfants : il est du à l'ordre des chevaliers de Malte (*Gazzetta degli Ospitali*, 18 avril 1886).

Le Comité médical des Bouches-du-Rhône vient de procéder à l'élection de son bureau pour l'année 1886-1887. Ont été élus : Président : M. le Dr Adrien Sicard ; vice-président : M. le Dr Sirus Pirondi ; secrétaire général : M. le Dr Vayssettes; secrétaires des commissions : des finances, M. le Dr Pluyette· scientifique, M. le Dr Arnaud; arbitrale, M. le Dr Jubiot fils; des secours, M. le Dr Bidon ; bibliothécaire-archiviste, M. le Dr Alézais; inspecteur, M. le Dr Dussaud ; conservateur de l'arsenal de chirurgie, M. le Dr Dor.

Nouveau journal. — Vient de paraître à Barcelonne, la *Revista frenopatica du* Dr Juan Giné y Partagas (*Anales de otologia y laringologia*, 1886, n° 3.)

Nécrologie. — Mort à la Havane du Dr Joacquim Barnet y Ruiz, professeur de l'Université royale et membre de l'Académie royale des Sciences (*La Enciclopedia*, mars 1886).— Le Dr Eugenio Alan y Comas, professeur de médecine et ex-recteur de l'université, sénateur et conseiller de l'instruction publique, est décédé le 4 avril à Valladolid (*Correo médico castellano*. Salamanca, 10 avril 1886. — Le Dr Manuel Arizmendi est mort à Guanajuato le 31 janvier 1886 (*El Observador medico*. Mexico, 1er février 1886. — On annonce la mort du Dr Gumesindo Mendoza, naturaliste éminent et chimiste distingué, professeur à la Faculté de Mexico (*El Observador medico*. Mexico, 1er mars 1886).

Dyspepsie. Anorexie. — Ces états pathologiques si fréquents et qui compromettent si gravement la nutrition sont rapidement modifiés par l'Elixir Chlorhydro-pepsique Grez (amers et ferments digestifs). Expériences cliniques de MM. Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. Cette médication constitue le traitement le plus efficace des troubles gastro-intestinaux des enfants.

La récente communication de M. le Pr Brouardel à l'Académie de médecine, dans sa séance du 20 avril dernier, au sujet de l'impureté des diverses digitalines existant dans le commerce, démontre une fois de plus la nécessité pour le médecin de ne pas prescrire indifféremment telle ou telle digitaline.

La *Véritable Digitaline d'Homolle et Quevenne* lui offre toujours, sous la forme de *Granules* ou de *Solution*, un médicament pur, d'une activité égale et constante. Et le nouveau Codex a décidé qu'à moins de designation spéciale, c'est toujours la digitaline, dont on doit la découverte à Homolle et Quevenne (1) qui doit *seule* être délivrée.

Chonique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière.— *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur Charcot a repris ses conférences du *mardi* ; nous indiquerons la date de la reprise des leçons du lundi — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. Terrillon, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

Hospice de Bicêtre.—*Maladies mentales* : M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.— *Maladies mentales* : M. J. Voisin, le lundi a 9 heures.

Hôpital Necker. — Service de clinnique de M. le professeur Potain.— Visite à 8 heures 1/2. Clinique les lundis et vendredis à 10 heures. Consultation le samedi.— Salle Saint-Luc : 1, saturnisme emphysème, goutte saturnine ; 2-3, tuberculose ; 7 insuffisance aortique ; 8, insuffisance aortique et insuffisance mitrale ; 9, pleurésie ; 12, pneumonie ; 14, dothiénentérie, complication pulmonaire; 18, 19, bronchite ; 24, tuberculose; 38, insuffisance mitrale, dyspnée cardiaque, maladie de Parkinson. — Salle Sainte-Adelaide : 2, fièvre typhoïde ; 5, pleurésie, grossesse ; 6-8, tuberculose au début ; 9, insuffisance et rétrécissement mitral : 13, insuffisance mitrale ; 14, tuberculose aigue ; 18, insuffisance mitrale et tricuspide ; 20, scarlatine et tuberculose.

Service de M. le Dr Blachez. — Visite à 9 heures. Consultation les lundis.— Salle Saint-Louis : n° 4, pneumonie double ; 6, tuberculose ; 7, pneumonie; 8, tuberculose abdominale; 9, fièvre typhoïde 10. oreillons ; 11, albuminurie ; 15, tuberculose aigue ; 16, ulcère simple de l'estomac ; 20, pleurésie tuberculeuse. — Salle Sainte-Therese : 15, rhumatisme articulaire subaigu, endocardite chronique ; 18, pleurésie ; 19, affection mitrale 24, tuberculose péritonéale et pulmonaire ; 26, pneumonie; 27, pleurésie gauche ; 29, pleurésie purulente, opération d'empyeme. — Crèche Sainte-Cécile : 2, abces périnephrétique opéré; 4, 6, abcès du sein.

Service de M. le Dr Rigal. — Visite a 8 heures. Consultation les mardis.— Salle Saint-Ferdinand : 4, aortite syphilitique; 6, tuberculose aigue; 7, bronchite; 10, nephrite interstitielle ; 11, alcoolisme; 16, insuffisance et retrécissement mitral ; 18, paralysie générale; 19, pleuresie; 26, cirrhose hypertrophique; 31, scorbut. — Salle Sainte-Anne : 1, tympanite hysterique ; 2. nephrite parenchymateuse; 3, lithiase biliaire ; 4, carcinose péritonéale; 7, pleurésie purulente puerpérale ; 10, scarlatine; 19. pleurésie; 30, affection cardiaque.

Clinique chirurgicale. — Service de M. le professeur Le Fort. — Visite a 8 heures 1/2. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Clinique les mercredis à 10 heures. — Salle Sainte-Marie ;

---

(1) Dépot général à la pharmacie Collas. 8, rue Dauphine.

2, adénite strumeuse; 3, arthrite tuberculeuse du genou, résection; 4, abcès du sein; 5, phlébite variqueuse; 6, phlegmon de la jambe; 10, sarcome ganglionnaire; 12, prolapsus utérin; 14, bubon chancreux, fracture du péroné; 16, fracture du fémur; 17, adénite inguinale; 18, fracture bimalléolaire; 20, épithélioma du nez; 22, fracture de l'avant-bras; 23, fracture du fémur; 26, abcès de l'aine. — Salle Saint-Pierre: 4, fracture du tibia; 7, contusion; 12, hernie étranglée; 19, abcès de la fesse; 24, luxation de l'épaule; 30, fracture sous-trochantérienne; 33, pyélonéphrite calculeuse, néphrectomie; 37, fracture des deux jambes; 42, ostéite traumatique du fémur; 49, fracture du crâne, paralysie incomplète du moteur occulaire commun, 53, exstrophie de la vessie; 54; hydarthrose du genou, kyste du creux poplité.

Service de M. le professeur Guyon, suppléé par M. Prengrueber. — Visite à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis. — Salle Sainte-Cécile: 1, 3, 16, cystites, cystotomies; 2, 17, infection puerpérale; 4, 6, arthrite du genou; 7, arthrite tuberculeuse du coude, amputation; 11, 13, fracture de jambe; 14, lipome de l'épaule; 15, corps fibreux de l'utérus; 18, abcès par congestion; 18 *bis* et 16 *bis*, cancer du sein, récidive.

Service des urinaires. — Salle Saint-Vincent: 1, 2, 11, 15, infiltration d'urine; 28, rupture de l'urèthre; 6, 12, 20, métrite postérieure; 10, 13, 21, hypertrophie prostatique; 7, cancer de la vessie (?).—Salle St-André: 1, contusion de l'épaule; 2, 18, écrasement du pied; 3, arthrites tuberculeuses des petites articulations du pied; 6, mal de Pott; 7, paralysie radiculaire du bras gauche; 9, orchite tuberculeuse aiguë; 12, hernie étranglée; 17, cancer du rectum; 18, abcès strumeux du cou; 20, fracture de jambe, résection des fragments; 24, abcès du thorax; 25, 28, fracture de cuisse.

Hôtel-Dieu. — Service de M. G. Sée. Visite à 9 heures. Cliniques le lundi et le vendredi. Consultation le mardi. — Salle Sainte-Jeanne: 1, ulcère simple; 2, 4, 12, cardiopathies; 5, fièvre typhoïde; 6, 9, 13, 17, 20, tuberculose; 3, hémiplégie; 15, chlorose avec rétrécissement mitral; 16, rougeole; 18, néphrite; 19, asthme cardiaque; 22, maladie de Basedow; 21, érysipèle; 23, ataxie avec arthropathies.

Service de M. Bucquoy. Visite à 8 h. 1/2. Tous les jours, clinique au lit du malade. Consultation le vendredi. — Salle Saint-Thomas: 4, péritonite tuberculeuse; 7, phtisie aiguë consécutive à une pneumonie; 9, pleurésie; 1, pleuro-pneumonie; 13, adénopathie trachéo-bronchique chez un syphilitique; 20, artério-sclérose; 21, gomme syphilitique de la région sous-claviculaire gauche. — Salle Sainte-Anne: 3, phtisie à forme catarrhale; 4, entérite pseudo-membraneuse; 6, dilatation de l'estomac par sténose pylorique non cancéreuse; 7, scarlatine; 9, crèche, tuberculose infantile; 16, insuffisance mitrale; 18, pleuro-pneumonie double; 22, ataxie locomotrice; 24, broncho-pneumonie tuberculeuse; 27, gangrène pulmonaire.

Service de M. Gallard. Visite à neuf heures. Consultation le jeudi. Le même jour, examen au spéculum à l'amphithéâtre Desault. — Salle Sainte-Marie: 1, hématocèle, pelvi-péritonite; 3, ovarite gauche; 12 *bis*, métrite aiguë; 14, épithélioma du col de l'utérus, thrombose de la grande lèvre droite, phlegmatia alba dolens; 17, fibrome utérin; 28, péritonite aiguë, corps fibreux; 39, ovarite double. — Salle Saint-Louis: 1, bronchite avec emphysème; 3, phtisie aiguë; 4, rhumatisme articulaire aigu; 6, 8, fièvre typhoïde; 9, cirrhose atrophique; 26, cirrhose hypertrophique; 15, péritonite tuberculeuse; 28, saturnisme, hémianesthésie; 24, phtisie laryngée.

Service de M. Mesnet. Consultation le samedi, visite à 9 heures. — Salle Saint-Denis: 1, cancer de l'estomac; 2, ataxie; 4, cirrhose du foie; 6, paraplégie; 9, fièvre typhoïde; 15, pleurésie; 21, pneumonie; 23, pleurésie purulente. — Salle Sainte-Martine: 8, lithiase biliaire; 10, insuffisance aortique; 12, amaurose tabétique; 15, insuffisance mitrale; 21, insuffisance et rétrécissement aortique; 22, rétrécissement mitral.

Service de M. Moutard-Martin, suppléé par M. le Dr Faisans. Consultation le mercredi à 10 heures. — Salle Saint-Augustin: 3, scarlatine; 9, maladie d'Addison; 11, péritonite tuberculeuse; 13, carcinome pylorique; 18, pneumo-thorax d'angine tuberculeuse; 19, hystéro-épilepsie; 29, myélite spécifique. — Salle Sainte-Monique: 2, rétrécissement mitral; 3, ataxie locomotrice; 10, phlegmon du ligament large; 19, scarlatine; 20, ascite; 21, pleurésie tuberculeuse; 23, pleurésie et grand épanchement; 24, insuffisance mitrale.

Service de M. Empis. Consultation le lundi à 8 heures. Visite à 7 heures du matin. — Salle Saint-Charles; 1, ataxie; 3, 8, fièvre typhoïde; 4, pleurésie purulente; 6, granulie; 8, fièvre typhoïde; 21, pneumonie du sommet; 28, hémiplégie syphilitique; 15, fièvres intermittentes. — Salle Sainte-Madeleine: 1, diabète; 4, rétrécissement mitral; 11, obstruction intestinale, grossesse; 15, sclérose en plaques; 18, rhumatisme noueux; 25, phlegmon iliaque.

Service de M. Richet. — Visite à 9 heures. Consultation le lundi, mercredi, vendredi. Cliniques et opérations, mardi et samedi. M. Picqué, chef de clinique. — Salle Notre-Dame: 12 *bis*, épulès; 2, enchondrone de la parotide; 4, coxalgie; 18, phlébite de la veine poplitée. — Salle Saint-Jean: 19, arthrite métatarsienne; 13, bubon chancreux; 17, tuberculose du testicule. — Salle Saint-Landry; 2, phlegmon de l'avant-bras; 7, encéphalocèle; 26, hydarthrose; 30, coxalgie.

Service de M. Tillaux. — Visite à 9 heures. Consultation les mardi, jeudi et samedi. Consultation des oreilles, le jeudi. Cliniques et opérations le lundi et le mercredi. Examen au lit du malade, le vendredi. — Salle Sainte-Marthe: 1, tumeur du rein; 3, ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure; 4, kyste salivaire; 12 *bis*, chancre induré de la langue; 19, résection orthopédique du coude; 21, synovite fongueuse du poignet; 22, tumeur de la rate; 24, lipome de la paroi abdominale. — Salle Saint-Côme: 1, fracture de cuisse, appareil à tension continue; 3, amputation de cuisse; 4, hydrocèle double vaginale; 8, arthrite fongueuse du coude; 10, ostéite tuberculeuse de l'humérus; 17, arthrotomie du genou; 23, amputation de cuisse; 24, écrasement du pied, gangrène.

Service de M. Panas. — Consultation pour les maladies des yeux, lundi et vendredi par M. Panas: les autres jours par l'interne. Clinique, lundi et vendredi. Opérations, lundi et vendredi. Visite à 9 h. 1/2. — Salle Saint-Julien: 1, cataracte; 38, cataracte; 3, glaucome; 4, ectropion; 5, trichiasis; 6, iritis rhumatismale; 7, conjonctivite blennorrhagique; 8, kératite phlycténulaire; 9, cataracte zonulaire; 10, ectropion. — Salle Sainte-Agnès: 1 et 2, cataracte; 3, hypopion; 4, sarcome de l'orbite; 5, glaucome; 6, luxation du cristallin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

Duménil (L.) et Petel. — Commotion de la moelle épinière. Etude clinique et critique. Brochure in-8° de 44 pages et une planche hors texte. — Prix: 2 fr. — Pour nos abonnés 1 fr. 40

Mairet (A.). — Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale, intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante, une fièvre saisonnière. Brochure in-8° de 31 pages. — Prix: 1 fr. — Pour nos abonnés 70 c.

Dobell (H.). — On asthma: its nature and treatment. Containing an entirely new and comprehensive working hypothesis, suggestive of new remedies and of the more efficient application of old ones. Volume in-4° cartonné de 31 pages, avec une planche en chromo-lithographie. — London, 1886. Smith Elther and C°

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Béhier (Ch.). — Etude sur les méningo-myélites chroniques. Brochure in-8° de 58 pages. — Prix: 2 fr.

Blanc (Ed.). — Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies. Brochure in-8° de 147 pages. — Prix: 3 fr. 50

Brousse (A.). — De l'involution sénile (des modifications organiques et fonctionnelles dans la vieillesse). Brochure in-8° de 163 pages. — Prix: 3 fr. 50

Duflocq (P.). — Relation de l'épidémie cholérique, observée à l'hopital Saint-Antoine, en novembre et décembre 1884. Brochure in-8° de 204 pages. — Prix: 4 fr.

Leval-Picquechef (L.). — Des pseudo-tabes. Brochure in-8° de 154 pages. — Prix: 3 fr.

Louze (P.). Le pouls puerpéral physiologique: grossesse, accouchement, couches normales. Brochure in-8° de 119 pages, avec nombreux tracés. — Prix: 3 fr. 50

Martineau (L.). — Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, avec 2 planches lithographiées. Brochure in-12° de 187 pages. — Prix: 3 fr. 50

Panas. — Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil faites à la clinique ophthalmologique de l'Hotel-Dieu. Recueillies et publiées par E. Blanc, avec 5 figures intercalées dans le texte. Brochure in-8° de 45 pages. — Prix: 2 fr.

Sandras. — Les modifications de la voix humaine obtenues par les inhalations à l'accordeur du larynx. Brochure in-4° de 8 pages. — Prix: 50 c.

Sarda (G.). Des migraines. Brochure in-8° de 151 pages. — Prix: 3 fr. 50

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 MAI 1886

Le Progrès Médical

LARYNGOLOGIE

Nouveau procédé pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal ;

Par le Dr LOEWENBERG (1).

DESCRIPTION DU NOUVEL INSTRUMENT POUR L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOIDES DU PHARYNX NASAL.

Un fort manche en bois se termine par une solide tige d'acier (*fig.* 43, A), ayant ensemble 20 centimètres de longueur. La tige A est légèrement incurvée afin que la main qui la tient ne puisse cacher le fond de la cavité buccale. L'extrémité libre porte le couteau (représenté de face dans la *fig.* 45, B, de profil en 44, B). Il est formé d'une lame d'acier ovale très allongée, de 5,5 cent. de long sur un peu plus de 1 cent. à sa plus grande largeur. Elle est courbée à plat et s'écarte de la tige, de façon à ce que celle-ci forme un angle droit avec la corde qui sous-tendrait l'arc formé par le profil du couteau. La lame est percée d'une ouverture centrale (44, 1 et 45, 1), longue de 4 cent., large de 6 m/m au maximum et arrondie de manière que ses bords soient à peu près parallèles au contour extérieur (*fig.* 45). Tout le pourtour intérieur du cadre ainsi formé est taillé en biseau aux dépens de sa face convexe et extrêmement tranchant.

L'instrument est muni d'un *appareil protecteur* (C, *fig.* 44 et 43), destiné à masquer le tranchant du couteau durant son passage à travers la bouche et l'isthme du gosier, et à protéger le voile du palais pendant l'ablation des végétations, précautions qu'on n'a pas encore prises jusqu'ici. Cette espèce de bouclier mobile est formée d'une lame d'acier (C) un peu plus petite que le couteau, auquel elle ressemble d'ailleurs comme forme et comme courbure et auquel elle s'adapte étroitement lorsque l'instrument est fermé (*fig.* 43). La face convexe de la lame (face invisible dans les dessins ci-joints) porte une couche ovale de zinc de la forme de l'ouverture du couteau. Un peu plus petite que celle-ci, elle la remplit étroitement, quand on ferme l'instrument, en masque les bords tranchants, et les met ainsi dans l'impossibilité de couper. S'agit-il de les démasquer, l'index de la main qui opère, retire vers l'extérieur le bouton 2 et avec lui la tige 3, manœuvrant parallèlement à A. Elle est articulée en 4 avec l'extrémité inférieure de la lame protectrice C, qui, subissant le même mouvement, s'écarte du couteau dont les bords tranchants se découvrent.

Dans le but de pouvoir facilement *nettoyer* et désinfecter cet instrument, je l'ai rendu *démontable* : La tige mobile 3, terminée par la lame protectrice C, peut s'enlever en même temps que celle-ci, la tige A possédant en 5 une encoche qui permet de dégager le bouton 2 après l'avoir retiré jusqu'en face de cette entaille. On détache ensuite le bout supérieur de la plaque C de celui du couteau, ces deux parties n'étant pas réunies d'une manière fixe, mais étant seulement maintenues ensemble par une petite goupille qui termine en 6 la lame protectrice et s'engage au même endroit dans une ouverture pratiquée dans l'extrémité du couteau (*fig.* 45, à gauche). On les sépare en engageant l'ongle du pouce entre ces deux parties. On tourne ensuite la tige 3 de 90° à droite, de façon à pouvoir dégager le petit tenon adhérent à A lequel se trouve à la droite de 4 (*fig.* 43) et qui passe alors à travers une fente rectangulaire ou mortaise pratiquée dans la tige 3.

Pour recomposer l'instrument, on répète les mêmes manipulations en ordre inverse. La solidité du contact des deux parties est assurée par la goupille en 6 et par l'élasticité de la lame protectrice et du couteau qui forment ressort.

MODE D'OPÉRER.

Préalablement à l'opération, on peut employer des badigeonnages avec une solution de chlorhydrate de cocaïne afin d'abolir autant que possible la sensibilité réflexe de l'isthme du gosier et du pharynx dont les constrictions, comme nous l'avons vu plus haut, entravent si puissamment les manœuvres chirurgicales pratiquées dans cette région. Mais j'appelle l'attention sur le fait que ce médicament, une fois introduit dans le pharynx, est inévitablement *avalé*; or, ses effets généraux étant loin d'être indifférents, il est prudent de ne pas l'appliquer *largâ manu !*

On commence par reconnaître le siège, la taille, la forme et la consistance des végétations par la rhinoscopie, ou, ce qui dans la grande majorité des cas est infiniment plus facile et surtout plus rapidement réalisable, par l'exploration tactile.

Le desideratum serait évidemment de pouvoir toujours se guider *pendant qu'on opère*, par l'une ou l'autre de ces méthodes, mais on n'insiste pas suffisamment sur le nombre considérable de malades qui tolèrent seulement l'exploration digitale rapidement faite ou le simple examen rhinoscopique, mais ne supportent nullement ces procédés *combinés avec l'introduction d'un instrument quelque peu volumineux*...., et il est des personnes réfractaires chez lesquelles il faut agir sans l'aide de l'œil ni du doigt (t. III, 937). » Une expérience plus prolongée m'a même appris que ce n'est que chez un très petit nombre de sujets qu'on peut s'aider, *pendant l'opération*, par le contrôle de l'œil ou du doigt. Raison de plus pour se servir exclusivement d'instruments, comme celui qui vient d'être décrit, qui ne peuvent causer aucun dommage accidentel.

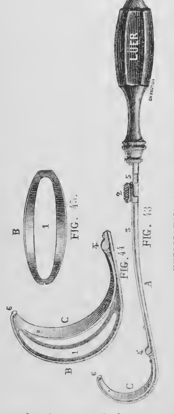
Nous supposerons donc le cas de beaucoup le plus fréquent — en même temps que le plus difficile — où il faut opérer sans rhinoscopie ni palpation simultanées.

Une fois la topographie des végétations relevée, on introduit par la bouche l'instrument fermé, c'est-à-dire ayant la plaque protectrice appuyée contre le couteau (position représentée dans la *fig.* 43). Pendant ce premier temps de l'opération je conseille de le tenir horizontalement, à savoir l'extrémité 6 inclinée vers un coté, attendu que l'espace libre dans la bouche est plus large que haut. On le redresse aussitôt que le couteau est parvenu dans le pharynx. En retirant alors le bouton 2 au dehors, on écarte la lame protectrice et on découvre le tranchant. On dirige ensuite le couteau de façon à com-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 21.

prendre les végétations l'une après l'autre dans son ouverture, et on les coupe par des mouvements de va-et-vient, une espèce de rabotage, dirigé soit de haut en bas, soit latéralement. Le premier mouvement réussit surtout pour les lobes de la tonsilla pharyngea hypertrophiée, rangés d'avant en arrière et parallèlement comme les feuillets d'un livre.

Je conseille de tenir l'instrument *d'une main légère*, car les malades retirent souvent la tête en arrière ou essaient même d'arracher l'instrument, et son extrémité supérieure buterait alors facilement contre la cloison, le pourtour des fosses nasales et le voile du palais. Bien que le bouclier C protège ces parties contre les bords tranchants et même contre le pourtour extérieur du couteau — d'ailleurs mousse et arrondi — le contact pourrait être assez pénible, si l'instrument était maintenu trop fermement (1).



EXPLICATION DES FIGURES :

Fig. 41.— Le nouveau couteau caché pour l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal. L'instrument est fermé et vu de profil. Moitié de la grandeur naturelle. — *Fig.* 44. Partie tranchante seule, vue de profil. L'instrument est ouvert, c'est-à-dire l'appareil protecteur C est écarté du couteau B qu'il démasque et qui est prêt à couper. Grandeur naturelle.—*Fig.* 45. Partie tranchante seule, vue de face. Grandeur naturelle. Les lettres et les chiffres qui suivent désignent les mêmes objets dans les trois figures.— — A. Tige en acier. — B. Couteau — C. Appareil protecteur qui masque le couteau dans la *fig.* 1 et qui en est écarté en 2. — ¹. Ouverture à bords tranchants du couteau. — ². Bouton qui sert à avancer ou à retirer la tige ³ avec l'appareil protecteur qui y est articulé en ⁴. — ³. Tige de l'appareil protecteur. — ⁴. Articulation entre ³ et C. — ⁵. Encoche par laquelle on peut retirer le bouton ².

L'opération terminée, on repousse le bouton 2 vers le couteau auquel la lame C s'adapte alors étroitement. La plaque de zinc en remplit le pourtour intérieur, et l'on retire l'instrument qui ne peut, dès lors, causer aucun dommage.

Le modus operandi exposé précédemment s'applique surtout aux *végétations médianes*, type le plus commun des tumeurs adénoïdes et cause de l'obstruction du nez, qui constitue l'effet le plus ordinaire de ces excroissances.

Chez les enfants, l'oblitération du passage nasal leur est due, à mon avis, presque exclusivement, et ne provient pas d'une affection des fosses nasales mêmes, telle que le coryza chronique, si fréquent par contre chez les adultes. (Je ne parle pas, bien entendu, du coryza syphilitique qui se montre chez les nouveau-nés, par conséquent à une époque antérieure à celle où les végétations adénoïdes commencent à se manifester). Il s'ensuit que les conséquences de l'obstruction du nez, respiration par la bouche, qui reste constamment entrebâillée, nasonnement et déformation thoracique spéciale (v. plus haut) sont caractéristiques chez les enfants pour l'affection en question et peuvent servir pour la diagnostiquer. Il faut avoir soin, bien entendu, d'écarter les polypes fibreux pharyngo-nasaux qui sont infiniment plus rares et se manifestent sous des dehors bien plus graves et dans des conditions toutes particulières (sexe masculin, adolescence, hémorrhagies, etc.)

Quant à l'autre groupe de symptômes des végétations adénoïdes, aux *troubles auriculaires*, otite moyenne catarrhale ou purulente, ils proviennent soit de tumeurs qui siègent au voisinage des trompes d'Eustache et que j'appelle *végétations latérales*, soit d'excroissances médianes tellement développées qu'elles encombrent tout le pharynx nasal et obstruent les orifices de ces canaux. En opérant à l'aide du nouveau couteau les végétations latérales ou les restes des médianes qui encombrent les pavillons Eustachiens, on aura soin d'appuyer l'instrument à plat contre la paroi de la fosse de Rosenmüller, derrière le bourrelet postérieur de la trompe. Pour cela, on n'a qu'à tourner le manche de l'instrument vers la commissure labiale du côté opposé. De cette façon, le bord mousse du couteau peut seul arriver au contact du pavillon, et tout danger de le blesser se trouve écarté.

Dès qu'on aura enlevé des portions suffisantes des tumeurs pour rétablir la respiration par le nez et le libre fonctionnement des trompes d'Eustache, on s'en tiendra là, le reste étant inoffensif et s'atrophiant d'ordinaire tout seul après l'opération partielle. J'ai insisté sur ce point important dans le mémoire n° III, pp. 935 et 936, qui contient un exemple frappant de l'atrophie consécutive à l'ablation partielle de ces tumeurs.

Le nouvel instrument que je viens de décrire me paraît répondre à tous les desiderata. Il permet de fouiller le pharynx nasal dans tous les sens et d'enlever rapidement de grosses masses de végétations, tout en faisant des plaies nettement tranchées, partant d'une cicatrisation facile. La conformation même du couteau l'empêche de pénétrer au delà des tumeurs et de blesser les parois du pharynx, tandis que l'appareil protecteur spécial garantit les organes voisins et la cavité buccale lors de l'introduction et du retrait de l'instrument.

L'ablation des tumeurs adénoïdes pharyngiennes devient ainsi une opération inoffensive, praticable sans danger chez les enfants les plus turbulents comme chez les malades les moins courageux.

De plus, en modifiant convenablement les dimensions de l'instrument, tout en conservant son principe, il pourra servir pour opérer également par les voies naturelles de vrais *polypes pharyngo-nasaux*, sans encourir le moindre risque et en épargnant aux malades toute mutilation inutile.

(1) Je conseille de procéder de la même façon et pour des raisons analogues pendant le *cathétérisme de la trompe d'Eustache*, c'est-à-dire de maintenir la sonde aussi légèrement que possible. Outre qu'elle glisse ainsi facilement et sans causer de douleurs sur les proéminences si communes de la cloison du nez, il pourrait arriver, si on la tenait trop fermement, et que le malade retirât la tête en arrière — ce qui a lieu souvent lors des premiers sondages — que la pointe du cathéter, une fois engagée dans la trompe, blessât le pavillon de cet organe. Tient-on, par contre, la sonde du bout des doigts seulement, on lâchera facilement prise si le sujet recule la tête, et l'instrument glissera et tombera au dehors sans causer ni mal ni dommage.

Conseil de perfectionnement des Écoles vétérinaires. — Par arrêté du Ministre de l'agriculture en date du 21 mai 1886, M. Trasbot, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, a été nommé, sur la présentation du corps enseignant de cette école, membre du conseil de perfectionnement des écoles vétérinaires.

OPHTALMOLOGIE

Conférences cliniques d'ophtalmologie;

Par le Dr X. GALEZOWSKI (1).

Recueillies par le Dr BOUCHER, médecin-major.

CATARACTES LENTICULAIRES.

Messieurs,

Ce sont les plus fréquentes. Sur 4776 cataractes que j'ai observées, 3326 étaient lenticulaires. Elles se présentent sous différentes formes selon les parties du cristallin où elles se développent. Elles peuvent débuter dans les couches corticales ou dans le noyau. Nous les diviserons donc de suite en CATARACTES LENTICULAIRES : 1° corticales ; 2° nucléolaires.

CATARACTES CORTICALES.—Nous les avons rencontrées 1680 fois sur 4776. Nous avons vu que le cristallin est formé de fibres à coupes hexagonales dont nous avons décrit la disposition. Dans ces fibres, on distingue une enveloppe et un contenu liquide qui tous deux sont transparents à l'état sain. Lorsque le cristallin s'altère sous l'influence de causes que nous retrouverons en nous occupant de l'étiologie, le contenu des fibres devient trouble, granuleux, puis graisseux. Les fibres se déforment, s'épaississent par places et se rétrécissent à d'autres. Elles peuvent même se rompre et le contenu se répandant dans les intervalles constitue ce que Virchow a décrit sous le nom de myéline. Les opacités ainsi constituées, ont une forme en rapport avec la disposition des fibres cristalliniennes.

Ces cataractes corticales naissent soit dans les couches antérieures, soit dans les postérieures, soit enfin à la périphérie. Aussi les subdivisons-nous en CATARACTES CORTICALES : 1° antérieures ; 2° postérieures : 3° périphériques.

Près de la partie postérieure du cristallin se trouve le point nodal postérieur qui est le centre d'entrecroisement des rayons lumineux arrivant dans l'œil. C'est là que se produisent les opacités dans la cataracte dite corticale, polaire postérieure, qu'il ne faut pas confondre avec la capsulaire polaire postérieure, dont on la distingue parce qu'elle se présente sous une forme étoilée, grisâtre, tandis que la capsulaire offre une tache ronde d'un blanc éclatant. J'ai eu hier l'occasion de vous montrer à la clinique un malade atteint de rétinite pigmentaire chez lequel on pouvait constater l'existence d'une opacité polaire postérieure. Cette cataracte est en effet presque toujours liée à cette affection à un tel point qu'on en a fait un symptôme de la rétinite pigmentaire. Cette forme spéciale se rencontre avec une fréquence relative encore assez grande. Dans ma statistique j'en relève 244 cas.

On la reconnaît à sa situation profonde qu'on détermine en observant les déplacements qu'elle subit en sens inverse des mouvements du globe. Lorsqu'on fait regarder le malade en haut, elle descend ; elle remonte si on le fait regarder en bas.

Ces cataractes étant souvent très petites sont difficiles à voir. Il faut, pour y arriver, se servir d'un éclairage faible, d'un miroir plan et même placer derrière le miroir un verre grossissant. En se déplaçant pendant l'examen, on déplace aussi le reflet du miroir qui pourrait masquer l'opacité et l'on se met à l'abri de cette cause d'erreur qui pourrait faire échapper le diagnostic.

La cataracte polaire antérieure se rencontre moins souvent. Presque toujours, elle coïncide avec la forme périphérique et ne s'en distingue plus. Si elle existait seule on la diagnostiquerait, par l'éclairage latéral, à sa position superficielle par rapport à l'iris et à ce que dans les mouvements de l'œil elle se déplace dans le même sens que le globe. Ce phénomène prouve que l'opacité est située en avant du centre de rotation, par conséquent superficielle. On ne peut la confondre avec la cataracte capsulaire polaire antérieure ou pyramidale à cause de sa forme en stries rayonnées, demi-transparentes, tandis que la capsulaire offre une tache ronde d'un blanc éclatant.

La troisième, ou cataracte périphérique, survient surtout chez les adultes, chez les personnes encore jeunes ; quelquefois cependant chez les vieillards. Ce sont surtout des cataractes qui entraînent les maladies générales altérant la nutrition, telles que le diabète, l'albuminurie, la diathèse urique, etc. J'ai trouvé cette cataracte 1680 fois.

Comme son nom l'indique, elle commence à la périphérie du cristallin dans les fibres corticales les plus superficielles. Le plus souvent elle apparaît d'abord en dedans et en bas. J'explique cette préférence par l'action du muscle droit interne qui, entrant continuellement en jeu dans les efforts de convergence, tiraille la partie correspondante de l'œil ; ces tiraillements se transmettent au cristallin et contribuent à produire prématurément la dissociation et l'altération des fibres cristalliniennes, dès qu'il y a prédisposition. De là, les opacités gagnent le centre, laissant quelquefois le noyau transparent pendant un temps assez long. Ceci explique comment on peut les découvrir chez des malades qui ne présentent aucun trouble de la vue et qui viennent consulter pour toute autre affection.

Je vous présente un malade qui offre cette forme de cataracte. Vous pouvez remarquer chez lui des stries blanches rayonnées constituant un dessin plus ou moins géométrique et un autre symptôme sur lequel j'attire votre attention ; la surface grise étant fortement éclairée est translucide et permet de voir plus profondément une autre surface blanchâtre, opaque, qui forme comme un miroir concave réfléchissant la lumière. Chez lui le cristallin est encore transparent dans les parties centrales.

Au début, on ne trouve que de petites stries rayonnées inégales, partant surtout de la partie inférieure. Elles n'envahissent que plus tard le centre.

Chez les vieillards, on trouve une forme d'opacités périphériques dont on a fait une sorte de gérontotone du cristallin. Elles se présentent sous forme d'opacités très fines dont l'ensemble figure un anneau siégeant sur le grand cercle de la lentille. Pour le bien voir il faut souvent recourir à l'atropine, d'autant plus que, chez les gens âgés, l'iris est normalement plus contracté. Cette dégénérescence sénile reste longtemps stationnaire, et dans bien des cas, on peut avec avantage la laisser ignorer au malade.

CATARACTES NUCLÉOLAIRES. C'est spécialement la cataracte des vieillards. On l'appelle encore cataracte sénile ou cataracte grise. Dans ma statistique j'en trouve 1646. Son maximum de fréquence correspond à l'intervalle qui s'étend entre l'âge de 40 et de 60 ans.

Comment se forme-t-elle et où débute-t-elle ? Quelle est son évolution pathologique ?

Elle débute dans le noyau cristallinien, dans le point le plus éloigné de la capsule. C'est une manifestation de la dégénérescence sénile qui atteint normalement

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, n° 17.

tous nos tissus. Par l'âge, la nutrition se ralentit; le cristallin moins nourri perd son élasticité et sa transparence physiologique.

Donders a démontré que la densification du cristallin commençait à l'âge de 9 à 10 ans. Cette évolution naturelle se fait sans perte de transparence. Ce n'est que beaucoup plus tard que le noyau s'opacifie et, comme je l'ai dit, l'opacification s'étend du centre à la circonférence pour constituer la cataracte nucléolaire sénile. Les parties périphériques se nourrissant par inhibition, les couches corticales restent transparentes et permettent, malgré le trouble central, encore une vue assez bonne.

Peut-on dire en combien de temps la cataracte se complètera? C'est là une question importante pour les malades qui cherchent à déterminer dans quel délai leur cataracte sera bonne à opérer. Il n'existe aucune règle fixe à ce sujet. Ce qu'on peut dire, c'est que, lorsque le noyau seul est pris et qu'il n'y a rien à la phériphérie, la cataracte mettra un temps assez long à évoluer, 10, 15, 20 ans. Il faut donc tranquilliser les malades au sujet de l'opération, surtout quand le processus est moins avancé dans le second œil. Mais cette loi subit souvent des exceptions. Vous avez vu aujourd'hui à la clinique cette femme, marchande des quatre saisons, atteinte de cataracte sénile, qui nous raconte qu'elle a perdu la vue en une nuit. Le fait est vrai; mais il y a 4 ou 6 mois qu'il se passait chez elle des modifications qui lui ont échappé. Le noyau a d'abord été pris; puis les couches corticales, comme le prouvent les stries blanchâtres qui s'étendent au-devant de sa tache grise centrale. Ces stries nous montrent nettement que les couches corticales antérieures sont malades; elles ont commencé d'abord lentement à s'altérer; dans la nutrition, puis un changement rapide s'est fait et le trouble du cristallin s'est complété.

Si les cataractes où les couches corticales sont intactes ne marchent pas vite, celles au contraire où les couches voisines de la capsule se troublent, arrivent plus rapidement à la maturité. Il faut pour cela quelquefois quelques mois ou bien deux à quatre ans. Tous ces chiffres ne sont qu'approximatifs; il faut être prévenu qu'il existe des exceptions et ne pas s'étonner si le malade se réveille un matin ne voyant plus. Que s'est-il produit dans ce cas? Nous ne le savons pas. Il est probable que par suite de la désorganisation des couches corticales, la capsule est entraînée dans le processus, l'imbibition devenue plus facile au point de permettre à la cataracte de se compléter en 24 heures.

A ce sujet, je vous raconterai le fait suivant : Un des malades, homme du monde, avait depuis longtemps une cataracte nucléolaire avec quelques opacités corticales, mais qui lui permettait de lire et d'écrire avec une assez grande facilité, d'autant plus que l'autre œil, quoique également atteint de cataracte au début, en était à une période moins avancée. Etant parti à la campagne, il dut s'y occuper d un travail de correspondance un peu plus assidu que de coutume. Subitement, il perdit la vue de son premier œil. On crut à un épanchement sanguin; on prescrivit des sangsues, des ventouses, etc. Il m'écrivit pour me demander mon avis. J'attribuai, dans ma réponse, les accidents à l'évolution hâtive de la cataracte et quand il revint je constatai une cataracte complète.

Ce fait est exceptionnel; la règle est une marche lente et progressive.

La cataracte nucléolaire pure est rare. Plus fréquente est celle où en même temps il y a des stries dans le cristallin, constituant la cataracte mixte ordinaire. Elle n'est pas difficile à reconnaître à l'ophthalmoscope. A l'œil nu, on la reconnaît à son reflet profond grisâtre ou gris jaunâtre. La tache occupe le centre de la pupille. Mais il faut faire attention, car ce reflet ne suffit pas pour qu'on puisse se prononcer; il peut partir de la profondeur de l'œil, comme dans le glaucome, par exemple, où l'on peut croire après l'examen direct qu'il y a cataracte, tandis qu'à l'ophtalmoscope on ne trouve rien. Lorsque le noyau seul est pris, il est séparé de l'iris par des couches transparentes. On pourra voir l'ombre circulaire que projette cette membrane et son intensité pourra même nous permettre de juger du degré de l'affection.

Il vaut mieux recourir pour le diagnostic à l'ophtalmoscope, en employant une lumière faible, une simple bougie et un miroir plan. On verra une tache grise sur le fond rouge de l'œil, si l'on dilate la papille, on pourra voir le fond de l'œil nettement par les parties périphériques transparentes. Un autre écueil est encore à éviter. Le noyau jaunâtre du cristallin peut être assez transparent pour laisser passer la lumière et donner aux milieux une teinte louche qu'on prendra, si l'on n'est pas prévenu, pour un trouble de la pupille. C'est ainsi qu'il y a trois mois je fus appelé chez un malade, du grand monde, placé, qu'on traitait depuis 6 à 8 mois pour une choroïdite spécifique. Le malade niait tout antécédent. A l'ophtalmoscope, je constatai une cataracte lenticulaire commençante difficile à voir. Je parvins à la reconnaître en me servant, comme je vous l'ai recommandé, d'un miroir plan de Panas, d'une bougie et en dilatant même la pupille. Avec ces précautions, on apercevait la teinte grisâtre et en se déplaçant latéralement on voyait l'ombre marcher en sens inverse, tandis que les parties périphériques permettaient de voir le fond de l'œil normal.

Quand l'affection est plus avancée, l'ombre s'accentue et le diagnostic se pose aisément. Si des doutes persistent, mettez une goutte d'atropine; vers la périphérie vous trouverez souvent deux ou trois petites stries qui achèveront de vous éclairer. De plus, vous pourrez voir le fond de l'œil normal.

La cataracte nucléolaire a une marche lente qui se modifie en quelques années par l'apparition de stries à la surface du cristallin. On voit alors le noyau ambré à travers les opacités étoilées périphériques. La lumière projetée par l'ophtalmoscope pourra, dans beaucoup de circonstances encore, éclairer le fond de l'œil à travers des intervalles laissés libres.

Quelquefois, mais rarement, la cataracte est formée par un noyau noir. Elle envahit ensuite le reste du cristallin. Cette forme a une physionomie spéciale qui rend difficile le diagnostic. En effet, les symptômes que nous observons sont les suivants : la pupille paraît noire ou brun foncé et l'on ne peut éclairer le fond de l'œil. Les grandes hémorrhagies du corps vitré se présentent exactement sous le même aspect. On évitera l'erreur en mettant une goutte d'atropine. A la périphérie on trouvera quelquefois des stries blanches qui mettront sur la voie. Ou bien on sera assez heureux pour trouver les parties périphériques transparentes et l'on pourra voir le fond de l'œil et les milieux normaux. Enfin, on devra avoir dans ce cas recours à la recherche des images de Purkinée. On n'obtiendra que l'image cornéenne et celle formée par la cristalloïde antérieure, qui sont toutes deux droites, virtuelles et plus petites que l'objet, étant produites par un miroir convexe. La troisième image renversée et agrandie, due au miroir concave figuré par

la cristalloïde postérieure manquera. Le cristallin dans ce cas est opaque. Cette recherche est délicate. Ces cataractes sont dures, volumineuses et renferment un pigment, provenant probablement de la matière colorante du sang. Elles sont rares. Je n'ai eu l'occasion que d'en observer 9 sur 4,776 cataractes.

Lorsque la cataracte est mûre et qu'on l'abandonne à elle-même pendant 10, 15, 20 ans sans l'opérer, qu'arrivera-t-il? Ou bien le tout restera opaque, ou bien sous des influences variées l'humeur aqueuse en transformera la nutrition. Du liquide s'infiltre entre les couches corticales, les désorganise, les ramollit, les rend liquides.

Le noyau devient alors flottant. La consistance diminuant encore, le noyau tombera au fond du sac cristallisien. C'est rare, mais c'est une conséquence possible de la cataracte des vieillards. Il peut même arriver que le noyau se macère, se ramollisse et disparaisse. Tout alors est liquide ; on le reconnaît à la teinte blanchâtre, laiteuse, uniforme. C'est la cataracte morganienne, qui tire son nom de l'existence du prétendu liquide de Morgagni. Si le noyau persiste on le voit sous forme de tache gris-jaunâtre qu'on peut déplacer. En faisant pencher la tête du malade en arrière, le noyau, sous l'influence de la pesanteur, quitte les couches superficielles et tout paraît blanchâtre. Si on le fait s'incliner en avant, le noyau vient s'appuyer contre la cristalloïde antérieure et montre la coloration spéciale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La réforme du Bureau central.

On a vu, par un article publié à cette place même le 28 novembre 1885, que l'administration de l'Assistance publique se proposait de refondre complètement le service du Bureau central. La réforme annoncée et appréciée par nous a été réalisée dès le 1er janvier 1886 ; nous pouvons donc aujourd'hui, après une expérience de quatre mois entiers, mesurer la portée des innovations adoptées.

Le but visé par l'Administration, nous le trouvons nettement indiqué dans une circulaire que M. le directeur général adressait le 30 décembre 1885 aux médecins et chirurgiens des hôpitaux. « Il est inadmissible, dit cette circulaire, qu'un malade refusé le matin à un hôpital où des lits étaient vacants, soit conduit au Bureau central et ramené parfois le soir à ce même hôpital après avoir deux fois traversé Paris; et quand l'hôpital où le malade s'adresse n'a plus de place disponible, il est encore inutile de lui imposer le passage par le Bureau central, quand il est possible, par un échange de communications télégraphiques, de signaler immédiatement l'établissement sur lequel il doit être dirigé. »

Donc, pour remédier à ces abus, la circulaire reconnait aux médecins des hôpitaux le droit de recevoir tous les malades urgents qui se présentent à leurs consultations du matin, réservant aux directeurs et à l'Administration centrale le soin de caser ces malades dans les hôpitaux les plus voisins.

Il est résulté de l'application de ces mesures nouvelles un encombrement tel dans tous les hôpitaux que Messieurs les chefs de service ont cru devoir protester au nom de la bonne tenue et de l'hygiène des salles qui leur sont confiées.

Sur l'initiative de M. Siredey, les médecins de l'hôpital Lariboisière ont signé une protestation qui doit actuellement circuler dans les autres hôpitaux. Cet encombrement que l'Administration n'avait pas prévu et qu'elle ne se hâte pas de dissiper, alors qu'elle dispose de lits nombreux au pavillon *Moiana* (hôpital Saint-Antoine) et peut-être ailleurs, n'a pas empêché le service du Bureau central d'être assiégé par une foule de malades qui sollicitent leur admission. De telle sorte que l'engorgement dont on se plaint avec raison procède de deux sources : 1° La faculté nouvelle laissée aux médecins de recevoir tous les malades urgents sans tenir compte des lits vacants ; 2° la continuation des admissions du Bureau central qui, chaque soir, fait refluer dans les hôpitaux remplis le matin, un grand nombre de malades qu'on entasse dans des milliers de lits supplémentaires.

La réforme du Bureau central, loin de supprimer l'abus des admissions et des longues traversées de Paris imposées autrefois aux malades, n'a fait qu'accroître ces admissions dans des proportions inquiétantes pour l'hygiène des hôpitaux.

Voyons maintenant si le service des consultations du Bureau central a bénéficié de la réforme. Dans la pensée de l'Administration, les consultations du Bureau central transporté à l'Hôtel-Dieu, devaient rapidement prendre une extension considérable et c'est en prévision de ce développement espéré que le service médical avait été complètement réorganisé. Chaque jour, deux médecins et quatre externes distribués en deux séries (de midi à 2 heures et de 2 heures à 4 heures) assurent le service médical pendant qu'un chirurgien assisté de deux externes assure la consultation de chirurgie, sans parler des bandages confiés à un deuxième chirurgien. Dans l'ancienne organisation, un seul médecin assisté d'un seul externe suffisait à expédier dans l'après-midi toutes les admissions et toutes les consultations du Bureau central. Aujourd'hui que le personnel médical a été doublé et le personnel des externes quadruplé, la tâche est moins lourde qu'autrefois et le nombre des consultations données n'est pas en rapport avec l'importance des efforts et des frais que l'Administration a cru devoir s'imposer.

Il est vrai que la distribution des médicaments, qui devait donner au Bureau central le caractère d'un véritable *dispensaire*, a été différée. Faut-il attendre de cette mesure qui ouvre la porte à de nombreux abus et qui promet d'être très onéreuse pour le budget de l'Assistance publique, un résultat utile? Il est permis d'en douter pour les raisons que nous avons déjà données dans notre premier article. Des consultations gratuites sont données chaque matin dans tous les hôpitaux; des médicaments sont délivrés dans un petit nombre de ces hôpitaux ; la plupart des hôpitaux sont maintenant installés pour le service des bains externes qui faisait presque absolument défaut il y a quelques années. Quelle raison pressante a pu déterminer l'Administration à attirer à l'Hôtel-Dieu, de tous les points de Paris, des malades qui seraient plus avantageusement traités

à l'hôpital de leur circonscription ? A quel besoin répond le dispensaire de l'Hôtel-Dieu ? L'innovation n'est décidément pas heureuse.

L'Administration de l'Assistance publique ne procède jamais que par des demi-mesures et des tâtonnements qui seraient pardonnables, s'ils ne coûtaient pas si cher au *budget des pauvres*. Quand une amélioration urgente est réclamée par l'opinion publique, par les médecins, par le conseil municipal, l'Administration fait la sourde oreille et oppose cette inertie qui décourage, énerve et paralyse tous les efforts. Au contraire, s'agit-il d'un essai hasardeux, condamné d'avance, elle ne manque pas d'en prendre l'initiative.

Et cependant, la solution rationnelle qui s'offre à tous les esprits réfléchis et sérieux est d'une réalisation simple et facile. Toutes les tentatives de réorganisation du Bureau central doivent échouer fatalement, parce que le Bureau central est un rouage vieilli, faussé, inutile, qui ne répond plus aux nécessités de l'heure actuelle. L'arrêté du 13 frimaire an X, qui instituait le Bureau central, exigeait que toute admission à l'hôpital fût prononcée par lui. Or, les temps sont bien changés puisque, malgré cet arrêté du 13 frimaire an X, les malades urgents sont reçus non seulement par les médecins, mais encore par les internes de garde de tous les hôpitaux, à toute heure du jour et de la nuit.

Le *Bureau central d'admission* est complètement annulé et l'arrêté de l'an X n'est plus en vigueur. Pourquoi donc vouloir quand même conserver le Bureau central? Si ce n'est que pour les consultations avec ou sans *dispensaire*, nous dirons que le Bureau central, est encore superflu puisque chaque hôpital est parfaitement outillé pour donner des consultations et délivrer des médicaments. L'institution du Bureau central qui a pu avoir sa raison d'être autrefois, ne répond plus à rien et il faut le supprimer. Telle est la conclusion logique qui découle des considérations précédentes et de l'expérience malheureuse que l'Administration vient de faire.

Cette suppression du Bureau central qui finira bien par s'imposer, est réalisable immédiatement et facilement. Demain, si M. le Directeur général *veut*, le Bureau central aura vécu et sa disparition ne laissera pas plus de regrets aux malades qu'aux médecins.

Il est vrai qu'à partir du jour de la suppression, de nouveaux devoirs s'imposeront à l'Administration, devoirs faciles si cette administration était moins routinière, moins fermée à toute idée de progrès véritable. Il suffira d'organiser dans chaque hôpital une consultation sérieuse faite par les ex-médecins du Bureau central et doublée d'un véritable dispensaire. Au lieu du *Dispensaire central* de l'Hôtel-Dieu rêvé par l'Assistance publique, on aura une douzaine de Dispensaires répartis dans tous les grands hôpitaux de Paris. Les malades pourront être alors assistés dans leurs circonscriptions hospitalières ; les longs trajets seront supprimés, les formalités onéreuses disparaîtront et tout le monde chantera les louanges d'une Administration digne enfin de Paris et de la France. Au surplus, nous n'avons pas à indiquer tous les détails de la nouvelle organisation que nous préconisons ; notre devoir est de montrer les desiderata de l'état actuel et les avantages de l'état futur; le devoir de l'Administration est maintenant d'étudier les projets, d'en assurer l'économie et d'en tirer le meilleur parti possible. La tâche d'un journaliste ne saurait aller jusque-là sans empiéter sur des attributions qui lui sont étrangères.

En résumé, la réorganisation du Bureau central n'a pas donné les fruits que l'Assistance publique avait entrevus. Au contraire, l'encombrement des salles d'hôpital a atteint des proportions inquiétantes; médecins et administrateurs sont débordés. Le nombre des malheureux qui viennent chaque jour solliciter leur admission au Bureau central n'a pas diminué; les longs trajets des hôpitaux au Bureau central et du Bureau central aux hôpitaux n'ont pas été épargnés aux malades. Quant aux consultations qu'on voulait développer en nombre et en valeur, elles n'ont fait que décroître. Cet échec absolu de la réforme du Bureau central démontre une fois de plus la nécessité de la suppression que le *Progrès médical* a depuis longtemps proposée. Il y aurait dans cette suppression et dans l'organisation des circonscriptions hospitalières avec dispensaires, avantage pour les malades, avantage pour les médecins, économie pour l'Administration.

Nous serons reconnaissants à nos lecteurs des observations et des objections qu'ils voudraient bien nous soumettre relativement à cette importante question.

Ouverture du cours de M. Quinquaud à l'hôpital Saint-Louis.

M. Quinquaud vient à lui seul d'accomplir toute une révolution, et, hâtons-nous de le dire, pour le plus grand bien des élèves. Les cours sont organisés de telle façon dans les cliniques de la Faculté et dans nos hôpitaux, qu'un étudiant employé le matin dans un service fixe, ne peut nullement bénéficier de cet enseignement qui se fait invariablement de 9 h. à 11 h. et pour tous les établissements hospitaliers. Il est des élèves qui errent de clinique en clinique, aujourd'hui à la Pitié, demain à la Charité ; peut-être pourra-t-on croire qu'ils en bénéficient. Pas le moins du monde. Pour apprendre, en médecine, il faut suivre le malade, et c'est tout au plus si ces irréguliers prennent dans les cliniques chirurgicales quelques leçons d'un mécanisme qu'ils auraient étudié plus fructueusement à l'Ecole Pratique. Mais à côté d'eux, se trouve toute une catégorie de travailleurs, élèves externes et internes, à la plupart desquels il est interdit à tout jamais de pénétrer aux Enfants-Malades, à Saint-Louis, par exemple, faute de pouvoir y trouver un service. Autrefois, et il n'y a pas encore bien longtemps, un interne qui avait une place à Saint-Louis partageait son année avec un collègue des Enfants, mais les chefs ont opposé leur veto. Il fut même jadis un chef du Midi qui désirait avoir un provisoire dès le commencement de l'année, afin de n'avoir pas la peine, si le titulaire permutait, de mettre ce second interne au courant. Aussi, la grande salle de cours des nouveaux bâtiments de Saint-Louis présentait-elle, le mercredi 19 courant, à 4 heures de relevée, un spectacle tout nouveau. Au lieu des irréguliers, public habituel des cliniques, on voyait des rangs compacts d'internes, de jeunes docteurs, venus pour s'initier à l'étude d'affections « qui ne s'apprennent pas dans les livres. » Ils ont été amplement récompensés de leur déplacement. M. Quinquaud a adopté un programme que nous approuvons sans

réserves. Pas de grandes tirades de pathologie générale : regarder, apprendre à regarder, voir et ne synthétiser qu'après complète analyse, le tout entremêlé chemin faisant, de notions de clinique et d'anatomie pathologique aussi claires que précises. A la vérité, nul autre hôpital que Saint-Louis ne se prête mieux à semblable méthode d'enseignement et son merveilleux musée fournit des pièces aussi réelles que la nature et qui, pendant la partie théorique de la leçon circulaient entre les mains des assistants. Enfin, la plupart des malades se déplacent facilement et viennent eux-mêmes montrer les lésions se rapportant à la leçon actuelle. M. Quinquaud a été écouté très attentivement et très vivement applaudi ; il peut être assuré que tous les mercredis, la salle de cours sera trop étroite pour contenir ses auditeurs, car les premiers venus amèneront certainement des collègues, et l'ancien élève de Bazin aura fait ainsi refleurir à Saint-Louis les beaux jours de son illustre maître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

L'Académie avait été convoquée spécialement pour offrir un objet d'art à M. CHEVREUL, en séance publique, à l'occasion de sa centième année, comme un témoignage d'affection, de respect et d'admiration. M. LE PRÉSIDENT prononce une allocution très applaudie ; M. CHEVREUL répond en termes émus.

M. Ch. BOUCHARD étudie l'*influence de l'abstinence, du travail musculaire et de l'air comprimé sur les variations de la toxicité urinaire*. L'abstinence augmente de moitié la toxicité urinaire : cet accroissement paraît devoir être attribué à une surabondance de matières organiques incomplètement oxydées. Le travail musculaire au grand air supprime 30 pour 100 de la toxicité totale des urines émises en vingt-quatre heures ; ces variations semblent aussi dépendre de l'intensité plus ou moins grande des oxydations Le séjour dans l'air comprimé, alors qu'une plus grande quantité d'oxygène est mise à la disposition de l'organisme, diminue en effet la toxicité des urines.

M. CHEVREUL présente une note de M. ARNAUD sur *la composition de la carotine*, dont la présence serait universelle dans les végétaux, racines, feuilles et fruits. Cette matière colorante est un carbure d'hydrogène cristallisant en lames rhombiques.

M. DECAGNY adresse un travail sur l'Histogénie des cellules, la diffusion des matières chromatiques nucléaires à travers les substances à cohésion uniforme dans le tonneau.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. REBOURGEON communique à la Société le résultat des inoculations préventives de la fièvre jaune qu'il a faites avec M. DOMINGOS FREIRE (de Rio-de-Janeiro) et suivant la méthode qui appartient à ce dernier. Les mois de décembre 1885, et janvier et février 1886 ont été extrêmement chauds au Brésil et la fièvre jaune a sévi avec une intensité inouïe : 3,051 sujets ont été vaccinés à Rio, pas un n'est mort; dans les mêmes quartiers, dans les mêmes maisons, 278 non-vaccinés ont succombé. Les inoculations sont aujourd'hui au nombre de 6,000 et pas un inoculé n'a été atteint par le fléau. Enfin, dans 7 cas très nets où les inoculations furent faites à la deuxième période de l'affection, la guérison si rare d'ordinaire fut complète.

M. BROWN-SÉQUARD demande quelle était la proportion des étrangers vaccinés sur les 6,000 énoncés par le présentateur.

M. REBOURGEON répond que les étrangers n'y entraient que pour une faible part. D'ailleurs la fièvre jaune sévit aujourd'hui, impitoyablement sur les Brésiliens, et avec la même intensité sur les mulâtres. Les nègres même lui paient un large tribut, ce qui n'avait encore été que rarement observé. En outre, cette affection qui était restée presque toujours limitée au littoral va, par suite des voies de communications récemment ouvertes, former des foyers à plus de 200 kilomètres dans l'intérieur des terres, où elle tend à s'établir à l'état endémique.

M. LABORDE rappelle, sans mettre en doute les résultats de M. Domingos Freire, que les liquides et les pièces envoyées à M. Cornil, il y a deux ans, de Rio-de-Janeiro, avaient paru constituer aux yeux de ce dernier une série d'erreur d'interprétation.

M. REBOURGEON répond que les susdites pièces n'avaient pas été envoyées par M. Freire, mais bien par des médecins, ennemis acharnés de sa méthode, et qui avaient peut-être un intérêt à la déconsidérer. Il s'est inoculé lui-même à plusieurs reprises et est tellement convaincu de l'efficacité de ce virus atténué, qu'il s'est offert bien des fois pour subir l'inoculation de la fièvre jaune elle-même. Il a d'ailleurs apporté un flacon du liquide vaccinal et il le met à la disposition des membres de la Société qui voudraient bien l'examiner.

M. MAUREL, médecin de marine, demande à M. Rebourgeon s'il a constaté la fièvre jaune au-dessus d'une altitude de 400 mètres et si véritablement celle-ci sévit avec une intensité assez grande sur les nègres, pour que les cas ne soient pas considérés comme exceptionnels.

M. REBOURGEON répond qu'il a vu de véritables foyers à plus de 700 mètres et que par suite de leur émancipation, les nègres étant très nombreux dans les villes où ils vivent à l'instar des blancs, il a pu observer un grand nombre de cas. En résumé, les mulâtres sont frappés comme les blancs; les nègres un peu moins souvent peut-être, mais fréquemment encore.

M. MAUREL enregistre avec satisfaction ces deux opinions pour lesquelles il lutte depuis bien longtemps. Autrefois et encore aujourd'hui quand on parle d'un cas de fièvre jaune développé à une altitude de plus de 400 mètres, on hausse les épaules et on ne prend aucune précaution ; il en est de même quand ce sont les noirs qui sont atteints. Les conséquences en sont faciles à tirer. Il a observé à la Guadeloupe que les noirs qui, étant au service de l'hôpital avaient conservé le régime créole presque exclusivement végétal, n'étaient pas atteints, alors que leurs camarades, infirmiers, ordonnances, qui partageaient la nourriture animale de leurs maîtres, étaient fréquemment pris. Evidemment le régime animal favorise le développement de l'affection, car M. Rebourgeon vient de dire qu'au Brésil, par suite de leur émancipation, les nègres avaient adopté les mœurs des blancs. Les anciens auteurs n'avaient donc pas mal vu : ils s'étaient à ce point de vue trouvés dans des conditions différentes d'observation, et voilà tout.

M. LE PRÉSIDENT nomme la commission suivante pour étudier la nouvelle méthode d'inoculation : MM. Brown-Séquard, Cornil, M. Duval, Bourquelot et Maurel.

M. d'*Arsonval* remet une note de M. CHARPENTIER (de Nancy) sur l'*addition des impressions*.

M. BROWN-SÉQUARD a étudié l'action de la *narcéine*. C. Bernard disait qu'elle était soluble dans 14 fois son poids d'eau; d'autres auteurs ont dit qu'elle ne l'était pas du tout. Tout cela dépend probablement du produit : dans tous les cas l'auteur la considère comme un précieux narcotique et l'agent le plus efficace qu'il connaisse pour tarir les sécrétions bronchiques.

M. LABORDE a eu entre les mains de la narcéine venue du laboratoire de C. Bernard. Elle se dissolvait bien dans 14 fois son poids d'eau. Mais ce produit était très pur et aujourd'hui, dit-il, il n'y a que M. Duquesnel qui en fabrique de semblable. C'est le meilleur des narcotiques, ainsi qu'il le prêche depuis bien longtemps, et, employé à la dose de

1 à 5 centigr. il donne des résultats vraiment merveilleux.

M. Brown-Séquard dépose un ouvrage de M. V. Meunier sur les *animaux perfectibles*.

M. Quinquaud remet une note de M. Œchsner de Coninck sur la classification des alcaloïdes qu'on peut diviser en deux grands types : le type ammoniaque et le type pyridique.

M. Rémy expose le résultat de ses recherches sur les injections interstitielles pour la coloration des tissus vivants.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mai. — Présidence de M. U. Trélat.

M. Cornil donne lecture d'une lettre de M. Nencki, professeur de chimie à l'Université de Berne, par laquelle ce professeur déclare qu'il n'est nullement partisan des idées de M. Béchamp sur les microzymas. « Les microzymas de M. Béchamp, dit-il, sont des micrococci ou des spores des bactéries. Les granulations moléculaires n'étant pas des êtres vivants, agissent peut-être comme des enzymes, ce que nous ne savons pas, mais jamais ils ne provoquent les véritables fermentations. Vous verrez dans mes remarques sur les opinions de M. Béchamp que jamais je n'ai été son partisan, mais au contraire son adversaire, ce que je suis encore aujourd'hui. »

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Béchamp en réponse au dernier discours de M. Gautier.

M. Gautier, en présence de la persistance avec laquelle M. Béchamp prolonge le débat dans l'intention et le désir d'avoir le dernier mot, le lui laissera et ne lui répondra pas.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie en remplacement de M. Baudrimont. Le nombre des votants était de 74 et la majorité 38, au premier tour de scrutin, M. J. Chatin obtient 51 voix, M. Prunier 21 voix, M. Marty 1 voix et M. Tanret 1 voix. En conséquence M. J. Chatin ayant obtenu la majorité des suffrages est nommé membre de l'Académie.

M. Gariel présente au nom de M. Guérin de nouvelles piles électriques et lit une note sur le procédé par lequel il obtient l'immobilisation et la facilité de transport de ces nouveaux appareils électro-médicaux.

M. Demons (de Bordeaux) rapporte une observation de *drainage de la vessie après la taille hypogastrique*. La suture de la vessie et le double tube de M. Périer ne remplissent qu'imparfaitement le rôle qui leur est destiné, à savoir, empêcher l'infiltration d'urine. Pour combler ce desideratum, M. Demons introduit dans la vessie par le canal de l'urèthre un tube de caoutchouc rouge, de 0,90 centim. de longueur, puis, saisissant dans la vessie l'extrémité de ce tube, il l'attire en dehors et le réunit ensuite au bout inférieur, ayant ainsi une sorte d'anse qui embrasse le pubis. A partir du cinquième jour de l'opération il coupe le bout supérieur du tube et le remplace par des tubes de calibre successivement décroissant, puis, enfin, par un simple fil qui maintient le tube en suspension dans la vessie. Par ce procédé, l'urine s'écoule facilement et la guérison du malade qui est l'objet de cette communication se fit très rapidement.

M. Nicolas donne lecture d'un important mémoire sur l'*hygiène dans l'isthme de Panama*. La région parcourue par le canal est insalubre dans toute son étendue, mais c'est Colon et Panama, les deux points extrêmes de la ligne, qui présentent le maximum d'insalubrité. Parmi les causes d'insalubrité, le terrassement ne joue pas le premier rôle comme on l'aurait pu croire; en effet, depuis le commencement du travail, la mortalité ne s'est pas accrue. Elle diffère suivant les altitudes et se montre plus considérable en plaine et dans les endroits où existent des eaux stagnantes ; elle se révèle par des hépatites et de la dysentérie, des fièvres de différentes natures et des maladies de poitrine chez le noir. Une des grandes causes qui font que les nègres sont plus exposés aux maladies de toutes sortes est le refroidissement ; aussi doit-on chercher à les garantir le plus possible et à leur donner des abris contre le froid. Sous l'influence de la chaleur toute particulière de Panama, les individus tombent dans une sorte d'énervement, qui se traduit par l'impuissance de la cérébration et le sommeil de la mémoire ; en outre l'insomnie est permanente et c'est une insomnie d'énervement, d'irritabilité cérébro-spinale. Pendant son séjour dans l'isthme, M. Nicolas a fait prendre de nombreuses mesures hygiéniques qui modifieront, il l'espère, l'insalubrité du pays ; c'est ainsi qu'il recommande le drainage et l'assèchement des régions où règne la malaria, la ventilation énergique des habitations et en même temps une occlusion parfaite qui garantisse du froid. En raison du manque d'eau potable, M. Nicolas avait demandé une prise d'eau venant du Chagrès ou de l'Obispo, mais depuis son départ on a eu recours à la distillation ce qui est encore le moyen le plus pratique. Enfin M. Nicolas constate, en terminant, que l'inoculation contre la fièvre jaune est restée impuissante et il recommande l'emploi du sulfate de quinine, longtemps déconsidéré dans l'isthme, dans les cas de fièvre jaune.

M. Péan fait une communication sur *une variété de tumeur végétante du péritoine pelvien*. Ces tumeurs, considérées comme des cancers, seraient, d'après l'examen de M. Robin, des tumeurs bénignes dans un grand nombre de cas et impliqueraient, par conséquent, la nécessité d'une prompte et active intervention chirurgicale.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les candidats au titre de correspondant national. Sont présentés : en première ligne, M. Paulet, médecin militaire ; en deuxième ligne, M. Thomes (de Tours) ; en troisième ligne, M. Surmay (de Ham) ; en quatrième ligne, M. Dezanneau (d'Angers) ; en cinquième ligne, M. Demons (de Bordeaux) ; en sixième ligne, M. Blot (de Bordeaux).

Pour les candidats au titre de correspondants étrangers sont présentés : en première ligne, M. Massaige (de Liége) ; en deuxième ligne, M. Pigelow (de Boston) ; en troisième ligne, M. Sactogh (de Copenhague) ; en quatrième ligne, M. Mac-Ewen (de Glasyver) ; en cinquième ligne, M. Sayre (de New-York).

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

1. **Cancer du poumon. — Pleurésie hémorrhagique, ganglions cancéreux dans l'aisselle** ; par M. Hautecœur, interne provisoire.

Le nommé Franc.... âgé de 64 ans, ancien gendarme, entre le 19 janvier 1886 dans la salle Saint-Antoine, lit 10 (Hôtel-Dieu annexe, service de M. Cornil).

Cet homme a toujours joui d'une parfaite santé : ancien soldat, il a fait les campagnes d'Afrique et de Crimée sans être jamais malade. En 1872 seulement, il aurait eu un eczéma double des jambes qui ne dura que quelques semaines et disparut entièrement. Il n'a d'ailleurs pas de varices. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents de famille, n'ayant pas connu ses parents.

Le début de sa maladie actuelle remonte à peu près au mois d'avril 1885. Il commença par ressentir une certaine oppression qui s'accrut lentement au point de lui rendre difficile le moindre effort et même une marche un peu rapide : pendant quelques semaines, il ressentit une douleur peu intense, mais persistante, un point de côté, dit-il, siégeant au niveau de l'omoplate droite.

Il fut examiné successivement par deux médecins qui reconnurent l'existence d'une pleurésie et lui appliquèrent plusieurs vésicatoires, quinze ou seize, dans le courant de l'année. L'état général était resté bon pendant les premiers mois ; il avait conservé l'appétit, mangeait volontiers de la viande. Il avait maigri, mais peu, et conservé à peu près ses forces. Il ne toussait pas, ne crachait pas ; au mois de juillet, il eut une épistaxis assez abondante, qui s'arrêta seule.

Vers le mois de novembre les troubles devinrent plus

marqués; la gêne de la respiration s'accrut, il eut à plusieurs reprises des accès d'oppression, surtout la nuit, mais qui ne furent cependant jamais alarmants. Les signes de pleurésie devinrent encore plus manifestes, les médecins de son pays reconnurent la nécessité de faire une ponction. Il se décida à entrer dans un hôpital à Paris, le 19 janvier 1886.

A ce moment, la dyspnée était très prononcée; la nuit il avait de l'oppression, il ne pouvait reposer, tant il était gêné pour respirer. Il était couché sur le côté droit ou un peu élevé sur ses oreillers. Le bras droit est très œdématié depuis la main jusqu'à l'aisselle. On pratiqua, deux ou trois jours après son entrée, la thoracentèse, et on retira environ un litre de liquide franchement hémorrhagique, de couleur brun chocolat. Ce liquide fut examiné au microscope par M. le professeur Cornil qui y trouva de nombreuses granulations de pigment sanguin, mais pas de cristaux bien formés d'hématoïdine et des cellules rondes de la grosseur des globules blancs, contenant également de ces granulations pigmentaires de couleur jaune orangé. Il y avait aussi beaucoup de grosses cellules sphériques remplies de granulations graisseuses, de gros corps granuleux. Pas de grandes cellules à noyaux ovoïdes et à gros nucléoles qu'on puisse rapporter à des cellules cancéreuses. La thoracentèse soulagea très nettement le malade; la dyspnée diminua il put dormir; mais bientôt les signes d'oppression reparurent et le 31 janvier on dut faire une nouvelle ponction qui donna encore un litre et demi de liquide entièrement semblable au premier. La plèvre contenait évidemment encore du liquide; car, à la fin de la ponction, il s'écoulait encore facilement, mais on s'arrêta par prudence.

3 *février*. Etat actuel du malade. Il est couché sur le côté droit, correspondant au côté de la pleurésie; il ne peut prendre une autre position sans étouffer; le decubitus dorsal lui est impossible. Il conserve encore un certain embonpoint, de plus, du côté droit, on observe un œdème très marqué. Cet œdème envahit tout le membre supérieur du côté droit, la moitié droite du thorax et la partie correspondante de l'abdomen. Les membres inférieurs en sont complètement indemnes des deux côtés. La face est bouffie, surtout du côté droit. C'est un œdème pâle, très mou, surtout marqué au membre supérieur. Le bras a un volume énorme; sur la face dorsale de la main, on peut, par la pression, déterminer une cupule ayant plus d'un centimètre de profondeur. Sur la paroi interne du creux de l'aisselle on sent deux ou trois ganglions durs, mobiles sur la paroi, du volume d'une amande ou d'une petite noix. Au niveau du creux sus-claviculaire de ce côté, les veines sont dilatées beaucoup plus qu'à gauche, mais on n'y trouve pas de ganglions. A l'examen du thorax, le côté droit ne paraît pas dilaté, mais les vibrations thoraciques y sont entièrement abolies, alors qu'elles persistent du côté gauche. En arrière, on trouve une matité absolue, avec sensation de résistance au doigt très marquée. Cette matité occupe tout le côté droit du thorax, elle est aussi marquée dans les fosses épineuses qu'à la base. En avant, la matité absolue remonte jusqu'à la clavicule. On entend dans la fosse sus-épineuse, une respiration très faible, éloignée, sans bruit de souffle; dans le reste du poumon, silence complet. Sous la clavicule, la respiration s'entend un peu mieux; mais elle est encore faible, lointaine. Dans le poumon gauche, la respiration est normale. Rien au cœur; le pouls est un peu faible, mais très régulier. Le malade tousse un peu; il ne crache pas beaucoup; seulement quelques crachats pelotonnés dans un liquide assez abondant. Jamais il n'a craché de sang. L'urine est claire, ne contient ni sucre, ni albumine. En dehors des accès d'oppression, l'état général est encore assez bon: il conserve de l'appétit; ne souffre pas, dort asssez bien; il n'a jamais eu de fièvre, mais il faut qu'il se tienne immobile, couché sur le côté droit; le moindre déplacement, l'attitude qu'on lui fait prendre pour l'ausculter, amènent bientôt de la congestion de la face, de l'oppression et il est obligé de se recoucher. L'amélioration qui suit les ponctions est très manifeste, et c'est au point que tous les deux ou trois jours, il demande qu'on lui retire de l'eau de la poitrine; mais ce n'est qu'une amélioration passagère; au bout de quelques jours, la dyspnée reparaît, le sommeil devient impossible et il faut faire une nouvelle ponction.

Le 14 *février*, troisième ponction: on retire 1 litre 1/2 de liquide absolument semblable à celui qu'on a déjà retiré. Il a fallu ponctionner successivement en trois endroits, comme si on épuisait plusieurs poches. Les signes physiques restent les mêmes après cette opération; la matité est aussi complète, on n'entend pas plus la respiration. Cette ponction a encore été suivie d'un véritable soulagement. Néanmoins, l'appétit est presque perdu; l'œdème du membre supérieur devient de plus en plus considérable. Le mieux ne dure que trois ou quatre jours; puis la dyspnée s'accroît. Le malade a, dans les derniers jours de février, plusieurs accès d'oppression qui inspirent des craintes; il se cyanose, se plaint d'étouffer: la nuit, il ne peut reposer. L'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 28 *février* on lui fait une nouvelle ponction, pour le soulager, on retire encore un litre du même liquide. Mais cette fois, la ponction n'amène aucun soulagement, le soir le malade est encore plus oppressé, il parle difficilement. Quatre ou cinq heures après la ponction, il a eu quelques crachats sanglants, d'un rouge vif, spumeux. Malgré les ventouses, l'éther, il ne se remet pas.

Cet état persiste le 1er *mars*. Il meurt asphyxié le 2 *mars*, à 4 heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on constate que le foie est luxé en bas et à gauche, de façon que son bord inférieur suive une ligne étendue de l'épine iliaque droite à l'hypochondre gauche; la vésicule biliaire se trouve au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane. Le foie est repoussé en bas par le diaphragme qui est tendu et qui présente sur sa face inférieure une convexité au lieu de sa concavité normale. Le ligament suspenseur est dirigé obliquement de droite à gauche, de telle sorte que le sillon transverse se trouve porté à gauche de l'ombilic. A l'ouverture de la *poitrine*, issue d'une certaine quantité de sang contenu dans la plèvre droite. Le *poumon gauche* est emphysémateux à sa partie supérieure; sur le lobe inférieur, il présente quelques ecchymoses. A la partie la plus inférieure de ce lobe, le poumon est un peu tendu, présente une certaine induration et sur une surface de section, on trouve à ce niveau un tissu ferme, rosé, congestionné, qui crépite encore cependant. La branche de l'artère pulmonaire qui se rend à cette portion du poumon, est oblitérée par un caillot fibrineux, décoloré, adhérent, dû à une embolie. La muqueuse de la bronche gauche est épaissie et congestionnée La *plèvre* pariétale droite très épaisse, de consistance fibreuse, est complètement adhérente à la paroi costale dont on ne peut la détacher: il faut pour enlever la plèvre, reséquer la paroi costale. La surface de la plèvre pariétale présente des inégalités, des dépressions circulaires limitées par du tissu fibreux. Ces dépressions sont semblables à celles qu'on trouve assez souvent dans les péritonites chroniques au niveau de la capsule de Glisson. Cette plèvre est remplie d'une grande quantité de liquide sanguinolent et de nombreux caillots de couleur brune, mous. On peut évaluer à environ deux litres la quantité de liquide contenue. Le poids de caillots déposés au milieu du liquide est d'environ 700 gr. Ces caillots sont couleur gris-jaunâtre à leur périphérie: la partie profonde de leur masse est plus brune; quelques-uns sont encore adhérents à la paroi. Le poumon est revenu tout entier sur lui-même; il est accolé à la colonne vertébrale. La forme de ce poumon est bizarre: il est adhérent par une espèce de pédicule à la partie externe de la paroi costale. La partie ainsi adhérente du poumon ressemble à la cuisse d'un animal dont le ventre serait formé par le reste du poumon. La plèvre qui bride ce poumon, présente une couleur jaunâtre. Elle est épaissie, mais comme ulcérée sur certains points. Ces dépressions représentent de petits îlots arrondis qui laissent voir la

couleur noirâtre du poumon situé au-dessous d'elles. Le poumon est lui-même complètement atélectasié : son volume dépasse un peu celui du poing. Il est de couleur noirâtre ; ne présente pas d'îlots, pas de nodules cancéreux visibles à la surface ou perceptibles au toucher. Mais, à la coupe, on trouve sur la partie inférieure une infiltration blanchâtre occupant le tissu atélectasié du poumon, et donnant au raclage du suc laiteux. Cette infiltration se continue jusqu'à la plèvre, qui est très épaissie à ce niveau. Le tissu de la plèvre est dur, lardacé.

La bronche droite, ouverte au niveau de la racine du poumon, contient un liquide un peu purulent. Le *péricarde* présente du côté du poumon droit des reliefs durs qui donnent un peu de suc à la section. Ce sont des nodules cancéreux. A ce niveau, la plèvre qui recouvre le poumon est également très épaissie. Le cœur est volumineux, sans lésions d'orifice. Rien dans le *médiastin*: pas de ganglions. Le larynx et la trachée sont normaux : on ne trouve pas non plus ici de ganglions volumineux. L'œsophage est sain. La *rate* est volumineuse, adhérente au diaphragme ; elle offre une couleur gris rosé à la coupe ; les glomérules de Malpighi sont visibles. Les *reins* sont normaux, assez volumineux. Le *foie* est très gros ; il présente des cicatrices superficielles dépendant de la capsule de Glisson. Ce foie est déprimé par suite de la pression du diaphragme. Son bord supérieur, au lieu d'être arrondi, est tout à fait concave. Pas de nodules cancéreux sur les coupes de cet organe. Les ganglions du creux de l'aisselle étaient gros, durs, rosés, donnant du suc laiteux. Les veines du membre supérieur étaient intactes, ne présentaient pas de caillots : sauf la veine basilique dans laquelle était un caillot peu adhérent à la paroi, ne bouchant pas entièrement la lumière du vaisseau.

Examen histologique. La partie postérieure du poumon qui était infiltrée par un suc laiteux nous a montré, dans ce liquide, de grosses cellules pourvues de gros noyaux ovoïdes et de gros nucléoles. Sur des coupes du poumon lui-même, durcies dans l'alcool, puis colorées par le carmin, le picro-carmin et l'hématoxyline, on trouve des lobules composés d'alvéoles pulmonaires qui contiennent de grosses cellules qui répondent assez bien par leur structure aux cellules cancéreuses ; mais ces cellules, contenues dans les alvéoles, ne se distingueraient pas suffisamment de celles qu'on observe dans la pneumonie, si nous n'avions pas d'autre critérium. Les cloisons interlobulaires offrent un épaississement marqué, et dans leur tissu, qui est infiltré de cellules, on trouve des vaisseaux lymphatiques remplis de grosses cellules épithélioïdes. Les cellules qui siègent dans ces cloisons, entre les faisceaux de tissu conjonctif, sont volumineuses, disposées en séries ou dans des espaces lacunaires, de façon à représenter les cellules et les alvéoles du carcinome. De plus, dans la plèvre épaissie, au niveau de ces portions du poumon, on constate l'existence, par places, d'alvéoles cancéreux bien nets siégeant à la partie de la plèvre qui confine au poumon. Là aussi on voit les coupes longitudinales ou transversales de vaisseaux lymphatiques remplies de grosses cellules épithélioïdes. En outre de cet examen histologique, qui est bien propre à faire admettre l'existence d'un cancer pulmonaire, nous avons pour le confirmer d'une façon certaine, le résultat de l'examen des ganglions axillaires. Ces ganglions étaient volumineux, durs, et ils donnaient par place du suc laiteux. Les coupes que nous en avons examinées ont montré la transformation par places du tissu réticulé en tissu carcinomateux avec des alvéoles contenant de grosses cellules disposées sans ordre et libres dans les alvéoles. Les vaisseaux lymphatiques et sanguins de la capsule de ces ganglions contenaient aussi dans leur lumière des agglomérations de grandes cellules épithélioïdes ou cancéreuses. Ces ganglions offraient aussi des granulations colorées, car le malade avait eu le bras droit tatoué. Dans toutes les coupes du poumon affaissé et de couleur noirâtre, ou ardoisée, à l'œil nu, nous avons constaté une infiltration charbonneuse très manifeste et très avancée du tissu conjonctif des cloisons alvéolaires et lobulaires et des cellules épithéliales du poumon chargées de molécules noires de même nature dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires.

La plèvre viscérale épaissie mesurant par places environ un millimètre, était de couleur jaunâtre ; cette couleur était due à ce que toutes les couches superficielles étaient imprégnées de pigment sanguin, de granulations jaunes et brunes siégeant dans les cellules du tissu conjonctif et dans les cellules migratrices rondes situées entre les faisceaux fibreux. Cette plèvre épaissie possédait des vaisseaux, mais sa vascularisation superficielle était loin de faire présumer qu'elle dût fournir la quantité considérable de liquide sanguinolent qui se trouvait épanché dans la plèvre. Cette observation diffère des cas de cancer du poumon les plus connus. Là en effet, il était difficile de découvrir les parties cancéreuses parce que le poumon était tout à fait revenu sur lui-même et atélectasié par compression, si bien qu'au lieu d'offrir, comme dans les lésions cancéreuses, de gros noyaux saillants et une augmentation de volume; il était au contraire bridé et réduit à un minimum par la pleurésie concomitante. Si nous n'avions pas observé pendant la vie et examiné après la mort les ganglions axillaires, nous aurions pu rester dans le doute au point de vue du diagnostic clinique et anatomo-pathologique.

M. Cornil fait remarquer que ce cas diffère du cancer du poumon classique. En effet, le cancer primitif du poumon se manifeste habituellement par de grosses tumeurs. Ici, au contraire, il y a cancer pulmonaire avec ratatinement du poumon, dû à l'épanchement pleural. La plèvre offre quelques lésions intéressantes : sur le feuillet pariétal, elle présente des épaississements fibreux inégalement répartis, généralement disposés en cercles entourant de petites dépressions cupuliformes. Des faits analogues peuvent s'observer sur le péritoine périhépatique surtout. Sur le feuillet viscéral, il y a un épaississement analogue, quoique moindre, et il présente de distance en distance, quelques dépressions circulaires laissant apercevoir par transparence la couleur noire du poumon. Au microscope, on voit dans cette plèvre des travées fibreuses très épaisses, et dans le tissu interfasciculaire il y a une très grande quantité de pigment sanguin et de globules rouges plus ou moins altérés. Dans les couches situées au contact du tissu pulmonaire, il y a d'assez nombreux espaces remplis de cellules cancéreuses. Quant au poumon, le raclage de la coupe donne un liquide grisâtre contenant des cellules à noyaux multiples et énormes. Les mêmes éléments se trouvent dans les alvéoles pulmonaires et par places dans les vaisseaux lymphatiques interlobulaires. Il y a en outre de la pneumonie interstitielle ardoisée, typique. Mais la nature cancéreuse de ces altérations fût restée douteuse sans l'examen des ganglions axillaires ; là, le cancer est indiscutable. Ces ganglions présentaient, de plus, des colorations multiples, où le rouge dominait, et dues à de nombreux tatouages dont était couvert le membre supérieur. En somme, ce fait est surtout intéressant en ce qu'il montre combien les lésions anatomiques sont difficiles à reconnaître exactement dans les poumons comprimés par d'anciens épanchements pleuraux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mai 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. Lefort achève sa communication sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation immédiate progressive. Il montre les avantages de son procédé, qui rend à l'urèthre son calibre en n'imposant au malade que le minimum de danger et de douleur, qui guérit rapidement car la durée du séjour à l'hôpital est en moyenne de 16 jours, et enfin qui assure mieux que tout autre la permanence de la guérison.

La discussion sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre est renvoyée à la prochaine séance.

M. Polaillon rapporte l'observation d'un malade, âgé de 23 ans, atteint d'anévrysme artério-veineux ; la tumeur, d'origine traumatique, siégeait dans la partie supé-

rieure du triangle de Scarpa. Des vertiges et de véritables crises épileptiformes étaient survenus peu après l'apparition de la tumeur qui datait de sept ans. La ligature parut impossible et la compression ne donna pas de résultats. M. Polaillon pensa à oblitérer la communication par l'électro-puncture; trois séances de 10 minutes, à 15 jours d'intervalle, n'amenèrent pas de résultat. Le lendemain de la dernière séance, le malade fut pris de frissons et de mal de gorge; quatre jours après il présentait tous les signes d'une péricardite considérable; puis survinrent des épanchements dans les genoux et le malade mourut en présentant tous les signes de l'infection purulente.

M. Verneuil est d'avis qu'il ne faut pas toucher aux anévrysmes artério-veineux lorsqu'ils n'occasionnent pas d'accidents pressants. Si l'intervention s'impose, il faut lier l'artère et la veine au-dessus et au-dessous de la communication.

M. Le Fort pense qu'il ne faut jamais toucher aux anévrysmes artério-veineux des gros vaisseaux, car la ligature de l'artère détermine la gangrène du membre. M. Le Fort ne croit pas que l'on puisse obtenir par l'électro-puncture, des caillots fibrineux solides.

M. Polaillon répond qu'il n'a pas fait la ligature de l'iliaque externe parce qu'il a craint la gangrène et qu'on a trouvé dans la poche des caillots fibrineux solides.

M. Ledentu présente une femme porteuse d'un appareil prothétique construit par M. Goldenstein, pour remédier à la destruction partielle du nez, de la voûte palatine et de la lèvre inférieure.

M. Prengrueber présente un malade qui, ayant reçu une balle de revolver dans la région frontale, fut pris d'attaques épileptiformes. L'ablation des esquilles enfoncées fut suivie de la disparition immédiate des accidents convulsifs. La balle ne put être extraite; elle a pénétré le lobe frontal; cependant aucun trouble de la santé.

M. Demons communique une observation de résection d'une partie du poumon gauche suivie d'ablation du rein, à la suite d'un traumatisme. L'opéré guérit.

M. Poncet fait une communication sur l'*étiologie des kystes sébacés.* Conduit par l'étude de Chalazion à poursuivre la formation des cavités sébacées, il établit comme règle générale étiologique la présence d'un microbe sébacé qui se trouve en grande quantité à la surface de l'épithélium, lequel forme avec la graisse la masse de la substance des kystes. En lavant cette matière graisseuse par l'ether, en colorant par la teinture aqueuse de gentiane et en traitant par la méthode de Gram. l'épithélium volant on arrive très aisément à reconnaître ce microcoque qui garnit l'épithélium. On le rencontre aussi, détaché de cet élément, et il est encore bien plus facile à caractériser. Dans les parois enflammées le microcoque envahit les globules blancs et les éléments embryonnaires. Aussi tous les kystes sébacés, quelle que soit leur origine, sont produits par un microcoque dont la genèse, plus ou moins rapide, amène le développement du kyste.

Cette étiologie rend compte d'un fait curieux, inexpliqué jusqu'ici. On sait que pour faire flétrir les petites loupes du cuir chevelu, il suffit d'en cautériser au fer rouge ou au caustique, le sommet. La cavité se rétracte et s'élimine seule. Il est probable que la température [illegible] la cautérisation. ou la réaction inflammatoire qui se produit amène dans le kyste un degré thermométrique incompatible avec les microbes qui sont tués, et la rate se rétracte peu à peu.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÉGE

Séance du 6 mai. — Présidence de M. Putzeys.

Ostéotomie. — M. Deschamps rend compte de quelques nouvelles ostéotomies qu'il a pratiquées, et montre des photographies de l'état des patients avant et après l'opération.

Fibrome utérin. — M. F. Fraipont montre une femme à qui il a été enlevé, par une laparotomie, un fibrome sous séreux inséré sur le fond de l'utérus. Dans la description de l'opération, il insiste sur ce point, que la ligature élastique du pédicule est restée dans la cavité péritonéale et il conclut que « il ne faut pas craindre de suturer le péritoine pariétal au moignon utérin au-dessus de la ligature élastique, pourvu que celle-ci soit bien désinfectée. »

Papillome de l'ovaire. — Le même membre présente une femme à qui il a été extrait un papillome de l'ovaire du volume de deux poings.

Fibrome du col utérin. — Il montre enfin un gros fibrome développé sur le col de l'utérus et pendant dans le vagin. Le pédicule ayant été sectionné à l'écraseur de Chassaignac, il fallut recourir à une application de forceps pour extraire la tumeur.

Rapports : M. Schiffers lit un rapport sur le travail du Dr Lœwenberg : *Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation.*

M. Merveille lit un rapport sur la brochure du Dr Schener : *Essais sur l'action physiologique et thérapeutique de l'hydrothérapie considérée plus spécialement dans le traitement des états chloroanémiques.*

M. Francotte lit un rapport sur le travail du Dr Willems : *Observation pour servir à l'histoire des paralysies scarlatineuses.*

M. Firket donne communication d'un rapport sur l'*Exposé de l'état sanitaire des animaux domestiques du royaume de Belgique, par M. Wchenkel.*

Question des vacances scolaires. — Après une longue discussion, la société adopte la conclusion du rapport de M. Brasseur. « Vu la période des fortes chaleurs pendant les mois de juillet et août, nous proposons de fixer les grandes vacances de mi-juillet au commencement de septembre. » En outre la proposition suivante, émise sous forme de vœu, est votée à l'unanimité des membres présents : « En vue d'assurer le repos nécessaire après quelques mois de travail, nous émettons le vœu d'accorder 8, 10 jours à Noël et 15 jours à Pâques, et en même temps d'adopter le système du demi-temps, dès les premières chaleurs de l'été, lesquelles correspondent précisément avec la période des concours. »

Leplat.

REVUE DE DERMATOLOGIE

I Recherches sur la nature, l'étiologie et l'anatomie du lupus.

II. Traitement du lupus; par Pick (*Wiener med. Presse*, n° 49, 1884).

I. — Deux opinions contradictoires divisent les médecins au point de vue de la nature du lupus. Pour les uns, le lupus est une sorte de néoplasme inflammatoire non spécifique ; pour les autres, le lupus est une tuberculose locale. Mais jusqu'ici la nature tuberculeuse du lupus n'avait été que soupçonnée histologiquement par Friedländer et Köster, qui y avaient trouvé un follicule analogue morphologiquement au follicule tuberculeux.

L'identité morphologique n'étant pas suffisante, M. le profr H. Leloir a, dans une série de recherches entreprises depuis 1879, essayé de déterminer quelle est la nature exacte du lupus, en s'appuyant non seulement sur l'histologie, mais surtout sur l'expérimentation (inoculation aux animaux et sur la recherche des bacilles.

Les résultats de ses recherches sont relatés dans les travaux suivants dont voici les titres (et qui sont accompagnés de trois planches histologiques et autres : 1° *Recherches sur l'inoculation du lupus. Société de biologie.* 30 décembre 1882.) — 2° *Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus* (*Archives de physiologie*, juin 1882 En collaboration avec M. Cornil). — 3° *Recherches sur la nature du lupus vulgaire* Communication faite au *Congrès international des sciences médicales*, Copenhague, 1884).

De l'ensemble de ses recherches, qui sont en entier relatées dans son travail : *Recherches sur la nature du lupus vulgaire*, il conclut que : A. Le modèle lupeux présente la même structure histologique que le follicule tuberculeux (ceci n'est d'ailleurs que la confirmation de l'opinion de Friedländer et Köster). Mais en outre il décrit, avec le

docteur Vidal, une forme spéciale *de lupus* (le *lupus scléreux*). Ce lupus scléreux, ainsi que l'ont montré ses recherches histologiques est un lupus vulgaire, ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose ordinaire de cet organe. On a voulu distinguer le lupus du tubercule en disant que contrairement à celui-ci le lupus n'envahit jamais les os. Il a publié un cas de lupus des os qui a montré que cette opinion était trop absolue. On avait essayé de distinguer le lupus de la tuberculose par la présence de tissu conjonctif reticulé dans un cas, son absence dans l'autre. Il a montré qu'il n'en était rien, et que dans le lupus on trouvait aussi du tissu conjonctif reticulé. Ces faits histologiques venaient donc préciser encore l'identité morphologique du lupus avec la tuberculose. — B. Depuis Villemin, les recherches de tous les expérimentateurs ont démontré que le tubercule seul reproduit le tubercule. Si donc le lupus est une tuberculose locale il doit, inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduire une tuberculose bacillaire inoculable en séries comme le vrai tubercule. Ses recherches dans ce sens, entreprises depuis 1879 lui ont montré sur un grand nombre de faits que le lupus inoculé dans de bonnes conditions expérimentales produit souvent (dans un tiers des cas environ) une tuberculose miliaire généralisée, inoculable en série et à tubercules contenant des bacilles. Ces faits ont été vérifiés ultérieurement par MM. Koch, Hippolyte Martin, Doutrelepont, etc.

Se demandant ensuite comment il se faisait que le lupus inoculé dans le péritoine ou la chambre antérieure de l'œil chez les animaux produisait si souvent la tuberculose, tandis que inoculé sous la peau il semblait ne pouvoir la reproduire, il est, après une série de tâtonnements, arrivé à montrer que l'on peut à volonté, en inoculant des fragments de lupus dans certaines conditions expérimentales, produire tantôt une tuberculose localisée (pendant un certain temps tout au moins) reproduire le lupus, en un mot, tantôt au contraire produire une tuberculose généralisée. Cela dépend du siége de l'inoculation et de la technique opératoire. Ces faits ont été ultérieurement vérifiés par MM. Pick, Renouard, etc.— C. Après Doutrelepont, Demme et avant Koch, il a (en collaboration avec le professeur Cornil) signalé la présence de bacilles dans le lupus. Mais il a insisté sur leur très peu grande abondance.

De l'ensemble de ses recherches sur le lupus dont les résultats ont été ultérieurement vérifiés par les auteurs précités et d'autres médecins, il a cru pouvoir conclure que le lupus tuberculeux ou vulgaire doit être considéré dans certains cas comme une véritable tuberculose cutanée locale à forme chronique. Mais il a eu soin de faire remarquer (et il a donné les raisons de son opinion) qu'il n'en résulte pas que l'on puisse affirmer actuellement d'une façon certaine que ce que nous appelons lupus vulgaire ou de Willan, soit toujours une tuberculose cutanée vraie, car il est possible que nous décrirons sous le nom de lupus vulgaire des affections distinctes dans leur essence, dans leur spécificité, bien que semblables (à ses yeux tout au moins) dans leur objectivité.

Les faits précédents doivent, on le conçoit, modifier complètement le pronostic et le traitement du lupus.

II. — Dans sa communication à l'Association des médecins allemands de Prague, après avoir résumé les travaux les plus récents de l'étiologie et communiqué les résultats de ses propres recherches sur les bacilles du lupus et examiné leur identité avec ceux de la tuberculose, il en arrive, après avoir inoculé des bacilles de lupus, à faire de cette maladie une tuberculose cutanée. Selon lui, pour obtenir la guérison du lupus, on doit chercher à réaliser un tissu conjonctif fibreux. Après quelques considérations sur l'emploi interne de l'arsenic, il s'occupe du traitement local par les caustiques, la scarification et la galvanocaustique Présentation d'un appareil galvanocaustique analogue à ceux que M. L. Besnier a décrits dans son travail sur le lupus et son traitement.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin.

20 mai.

Très honoré collègue et rédacteur,

C'est aujourd'hui jour de fête pour l'Université de Berlin. Il y aura aujourd'hui trente ans que R. Virchow commença ici son cours d'anatomie pathologique. Peu de professeurs n'ont autant d'affinités que Virchow avec l'Université de Berlin. Il y a fait ses études, et en dehors de ses 7 ans de professorat à Würzbourg, il a depuis 1844, toujours été sur la brèche ici. La pathologie cellulaire, son sujet d'étude de prédilection, est pour ainsi dire née à Berlin. C'est sous la direction de Jean Müller que Théodore Schwann a fait ses célèbres recherches, qui prouvèrent que le corps d'un animal est formé d'organismes isolés, les cellules. Les camarades de Virchow étaient alors Emile du Bois-Reymond, Ernest Brücke (Vienne) et Charles Reinhart (mort en 1852). Après Jean Müller, ce fut surtout Robert Froriep, prosecteur à la Charité, qui dirigea les études de Virchow. Jean Müller lui inculqua ses idées générales sur la vie, la maladie, et Froriep l'initia aux côtés pratiques et techniques de ses recherches. Virchow succéda plus tard à ses deux maîtres, à Froriep en 1846, lorsque ce dernier partit pour Weimar, et en 1856 à Jean Müller ; ce dernier, en prenant alors sa retraite, fut heureux de voir l'anatomie pathologique séparée à ce moment de l'anatomie et physiologie normales, auxquelles elle était jusqu'alors réunie. L'activité de Virchow comme professeur commença déjà avec sa nomination de prosecteur à la Charité. Il donna dans l'été de 1846 son premier cours d'anatomie pathologique. Il s'agissait d'ouvrir aux élèves de Berlin un nouveau champ d'études. Jusque-là *Vienne* était le centre des études anatomo-pathologiques, fort négligées à Berlin auparavant. Vers 1830, c'était une ancienne sage-femme, nommée Vogelsang, qui faisait les autopsies à la Charité. Le célèbre chirurgien russe Pirogoff fut un des élèves de Mme V... et suivit chez elle un cours d'anatomie pathologique.

Virchow s'ingénia alors à réunir autour de lui un cercle de jeunes travailleurs. Virchow avait alors 25 ans, et ses élèves qui avaient en général le même âge, subissaient son influence bienfaisante. Parmi ses premiers élèves on remarque Charles Pagenstecher (mort en 1865 à Elberfeld), Alexandre von Franzius (zoologiste mort en 1877 à Breslau), Charles Hoffmann (mort à Costa-Rica); les deux derniers étaient de célèbres explorateurs. Les événements de 1848 firent suspendre les cours; Virchow s'occupa alors avec ardeur de politique. Il considérait comme un devoir de médecin de maintenir les idées libérales. « Le médecin est l'avocat naturel des pauvres », écrivit-il à cette époque. La direction de la Charité fut offusquée des opinions démocratiques de son prosecteur et le suspendit, pour le réintégrer plus tard, il est vrai, mais avec la moitié de son traitement. Virchow accepta dans ces conditions avec joie le poste de professeur à Wurzbourg ; il était en outre fiancé avec la fille du gynécologiste Charles Mayer, ce qui le décida à accepter une position plus indépendante.

En mai 1856, Virchow fut rappelé à Berlin, et l'on fit tous les efforts pour installer l'enfant prodigue d'une façon digne de lui. On bâtit un institut anatomo-pathologique, ce que Virchow avait du reste posé comme condition à son acceptation. Ce bâtiment devint un véritable lieu de pèlerinage pour tous les médecins amis du progrès. On publia nombre de travaux importants et beaucoup d'élèves et assistants de Virchow devinrent professeurs plus tard : Ainsi Hoppe-Seyler et Recklinghausen (Strasbourg), Grohé, Hueter et Grawitz à Greifswald (Ce dernier n'est que depuis peu dans cette ville, où il remplace Grohé, malade) ; Puis Kühne (Heidelberg), Klebs (Zürich), Cohnheim (décédé à Leipsick), Ponfick à Breslau. Le nombre des élèves de Virchow pratiquant actuellement l'art de guérir est considérable ; ils n'ont garde d'oublier la clarté du maître, sa logique impitoyable et ses idées humanitaires, et leur activité entière s'en ressent et en profite.

— Le Dr Gærtner, de l'office sanitaire impérial, a été appelé comme professeur d'hygiène à Iena. Il est surtout connu par son travail sur l'hygiène des vaisseaux (*viert. für öffent. Gesundheitspflege*, 1881), ainsi que par ses recherches sur le meil.

leur mode d'emploi de chaque antiseptique en cas de plaies. (Congrès allemand de chirurgie, 1885.)

Le Dr Frédéric Loeffler est devenu privat-docent d'hygiène à Berlin. Il est connu comme collaborateur de Koch (inoculation du charbon); plus tard il publia des travaux sur la morve, en collaboration avec Schutz, professeur à l'école vétérinaire, qui amenèrent la découverte du bacille spécifique en 1882. Puis il publia des mémoires sur la désinfection par la vapeur d'eau surchauffée et la diphthérie de l'homme et des pigeons.

Dr Léop. Casper.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ; par Bourneville, médecin de Bicêtre, 1885. — Bureaux du *Progrès Médical*. — Delahaye, édit.

Le présent volume est le cinquième de la série ; comme les précédents, il se divise en deux parties : l'une contient la partie administrative, le compte rendu minutieux du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1884. Topographie de la section, disposition des ateliers, statistique et mouvement de la population, rapports et discussions du Conseil municipal, etc., etc., occupent environ le premier quart du volume; et ce ne sont pas les pages les moins intéressantes, on ne sait trop ce qu'on doit admirer le plus du mauvais vouloir et de la force d'inertie incommensurable apportés par l'Administration, ou de la ténacité du chef de service.

Il est une phrase que nous tenons à relever parce qu'elle nous semble poser en excellents termes le difficile et malheureusement trop peu discuté problème de l'assistance à domicile, cette phrase, la voici : « *l'assistance à domicile, suivant nous, a le pas sur tout autre mode d'assistance, chaque fois que l'assisté jouit de ses facultés intellectuelles, qu'il est capable encore de rendre quelques services à sa famille, ou qu'il est atteint d'une maladie ou d'une infirmité qui, par sa nature, n'exige pas des soins continus, une surveillance rigoureuse ; en un mot, tant que l'assisté n'immobilise pas un des membres actifs de la famille.* » Voilà qui est parfait, mais à quand l'application ?

La seconde partie est réservée à la clinique et contient un certain nombre d'observations intéressantes à différents titres, dues à la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaive et Bricon.

La première est un cas d'*épilepsie jacksonnienne* présentant des particularités curieuses : dans le cours d'une fièvre grave, probablement fièvre typhoïde, apparition d'accidents cérébraux et d'une hémiplégie gauche disparaissant en grande partie; quatre ans plus tard, surviennent les premières manifestations épileptiques (vertiges, puis accès) avec prédominance à gauche et aura de ce côté ; à l'autopsie, atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux du même côté, foyer ancien occupant les circonvolutions frontales, la frontale et la pariétale ascendantes, le pli pariétal inférieur et le pli courbe. C'est là un nouvel exemple de l'évolution singulière présentée par l'épilepsie chez les petits hémiplégiques infantiles, évolution très bien étudiée et décrite d'ailleurs par M. Bourneville et par ses élèves (thèse de Wuillamier). De bonnes planches de Leuba reproduisent les lésions trouvées à l'autopsie.

Puis viennent deux chapitres de thérapeutique appliquée, l'un consacré à l'action du *curare dans l'épilepsie*, contenant une analyse très complète des travaux antérieurs sur ce sujet; les résultats ont été loin d'être satisfaisants. C'est l'emploi de l'acide sclérotinique dans l'*épilepsie* qui fait l'objet de l'autre étude. ici encore résultats peu encourageants, 5 malades seulement sur 12 ont été améliorés.

Nous signalerons tout particulièrement la relation d'une épidémie de *roséole idiopathique* ou *rubéole* survenue dans le service; à ce propos, les auteurs donnent un aperçu très clair et très complet de la question do la rubéole, que faut-il entendre par ce mot ? Est-ce réellement une maladie spéciale, non décrite en France, que cette rubéole ou rötheln des Allemands ? Il est nécessaire de distinguer deux phases dans l'évolution de ce terme : tout d'abord, les Allemands désignent sous ce nom une forme bâtarde de rougeole et de scarlatine combinées : maintenant, tous ou presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point que rubéole doit signifier purement et simplement roséole idiopathique, et qu'elle est en somme à la rougeole ce que la varicelle est à la variole.

L'observation suivante a trait à un malade atteint d'épilepsie tardive qui, après avoir vu ses accès s'améliorer puis disparaître, succomba à une hémorrhagie cérébrale pendant laquelle, la température minutieusement prise, montra un abaissement initial (36°,2) et une élévation consécutive (39°,2), foyer dans le noyau ventriculaire avec irruption dans le centre ovale.

Chez un enfant atteint d'idiotie congénitale, les auteurs ont trouvé un rein unique en fer à cheval, dont plusieurs dessins reproduisent la configuration; on nota pendant la vie quelques troubles de la miction dus à la compression des uretères.

Les deux dernières observations concernent deux malades, dont un hystéro-épileptique présentant de l'*instabilité mentale avec perversion des instincts*, leur odyssée est vraiment bien instructive et l'on se prend à regretter avec les auteurs qu'il n'existe pas d'établissements spéciaux pour ces dégénérés qui ne peuvent être retenus parmi les aliénés et pour qui, avec l'organisation actuelle il n'existe d'autre asile que la prison.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'exposition d'hygiène urbaine.

Cette exposition, ouverte depuis une quinzaine de jours, attire un grand nombre de visiteurs et mérite l'attention des médecins. Bien que tous les appareils, les modèles utilisés dans la science de l'hygiène ne soient et ne puissent y être représentés, on y trouve un nombre et une richesse d'objets exposés qui rendent quelques visites extrêmement fructueuses.

C'est une leçon de choses qui, mieux qu'aucun traité, qu'aucune conférence scientifique est capable de faire pénétrer dans le public parisien l'idée de l'importance des progrès de l'hygiène. Qu'on ne nous dise pas que l'hygiène est une science que les médecins connaissent, que les ingénieurs doivent apprendre et à laquelle la majorité du public ne saura jamais atteindre, pas plus qu'aux autres branches de la médecine. Ce serait une erreur profonde. Les recherches délicates de la bactériologie resteront sans doute le travail de quelques-uns, mais un bon nombre des études qui composent le domaine de l'hygiène peut se faire par la vue seule et intéresser le savant et l'homme du monde.

Qui ne comprend que les maladies épidémiques et très contagieuses comme la rougeole ou la variole ne pourront être rapidement arrêtées que lorsque le public ne se fera pas le complice de la maladie et demandera les voitures d'ambulances pour transporter à l'hôpital les fiévreux qu'on abrite aujourd'hui encore dans les fiacres ?

L'expositition urbaine d'hygiène aura rendu un grand service. Par son caractère exclusivement scientifique et technique elle attire les savants et par la nature des objets exposés, elle intéresse une grande partie de la population parisienne. Presque chaque soir, l'organisateur de l'exposition, le savant et actif secrétaire général de la *Société de médecine et d'hygiène professionnelle*, M. A. J. Martin, improvise des conférences-promenades et fait l'honneur de l'exposition aux visiteurs présents qui veulent bien le suivre, signalant avec clarté et prévision les points qui méritent le plus d'attirer l'attention.

Envisagée dans son ensemble, cette exposition nous offre une série de plans, de modèles de construction et d'appareils qui intéressent l'hygiène sous divers points de vue que nous allons passer en revue. C'est d'abord l'hygiène générale d'une grande ville avec la canalisation des eaux et des égouts, tout ce qui peut assurer la salubrité du sol et du sous-sol. Les modèles de réservoirs, d'aqueduc, de pompes, les conduites

d'eaux lointaines, la captation des sources, les moyens d'assurer la profusion de l'eau et d'éviter le gaspillage, etc. Tout cela est exposé par le service municipal des eaux de la ville de Paris.

L'hygiène des habitations privées, des écoles, des prisons, depuis la filtration des eaux de boissons jusqu'aux modèles des conduits de vidange avec les procédés d'aération, de ventilation, de chauffage, est largement représentée.

A côté, ce sont de nombreux appareils qui interviennent dans l'hygiène des malades ou plutôt des maladies, des étuves à désinfection, des blanchisseries mécaniques, des pavillons isolés et mobiles, des voitures pour le transport des malades. etc., etc. Plus loin encore des modèles d'appareils utiles à l'hygiène de l'enfance, les mobiliers scolaires, l'éclairage qui prévient la myopie, puis les parquets en liège qui atténuent la fatigue de la station debout; les modèles d'asiles de nuit. les plans d'hôpitaux théoriques ou réalisés; l'installation et l'image du fonctionnement des bureaux d'hygiène desservant plusieurs villes excepté Paris; enfin, les laboratoires qui portent les noms de Pasteur, de Gautier, etc. Ce sont ces différents services que nous allons passer en revue avec quelques détails, espérant donner à nos lecteurs, non point l'idée suffisante de cette exposition, mais le désir d'étudier soi-même les perfectionnements et les réalisations industrielles des problèmes posés par les hygiénistes.

La caserne Lobau, de forme à peu près rectangulaire, a ouvert à l'exposition le rez-de-chaussée et le 1er étage. Les constructions très volumineuses, les pavillons mobiles, les tentes Tollet, etc., sont installées sur la petite place Saint-Gervais devenue pour l'instant une annexe de la caserne.

Le rez-de-chaussée comprend une cour centrale où sont abrités sous des tentes les grandes étuves à désinfection. Plusieurs modèles sont offerts aux visiteurs ; tous cherchent la stérilisation des objets qu'ils renferment par le chauffage dans une atmosphère humide au-dessus de 110 degrés. La désinfection par la chaleur a décidément laissé bien loin derrière elle la désinfection chimique par les gaz qui sont trop corrosifs quand ils ne sont pas de simples désodorants.

Les étuves à vapeur sous pression de la maison Geneste, Herscher et Ce nous paraissent présenter les plus grands avantages. Ce sont des cylindres de fonte placés horizontalement, longs de 3 mètres et hauts de 1 mètre 50 dans lesquels on peut produire en 15 minutes une température suffisante pour détruire tous les organismes pathogènes connus. Les thermomètres placés au centre des objets les moins pénétrables tels que les matelas montent en un quart d'heure à 115 degrés. Quelques minutes après la sortie de l'étuve la vapeur qui a pénétré dans les objets à l'état de tension élevée s'est échappée dans l'air libre et la dessication est complète. Ce sont ces appareils qui, croyons-nous, servent en ce moment à la désinfection du matériel suspect revenu du Tonkin.

Il faut aussi mentionner un surchauffeur qui permet de diriger à l'aide d'une lance sur les parois des chambres, des wagons, des cabines, etc., de la vapeur atteignant 106° cent. L'appareil est peu volumineux, il consiste dans une petite caisse de fer où des tubes sont placés sur des grilles à gaz. La vapeur venant d'un générateur quelconque situé dans un point plus ou moins éloigné passe dans ces tubes, y acquiert une température élevée et peut être ensuite projetée sous forme de douche brûlante. L'emploi de ces deux appareils utilisés méthodiquement et sérieusement serait capable d'arrêter en quelques heures nombre d'épidémies à leur début. On voit qu'il a été fait quelques progrès depuis les ridicules fumigations imposées par les Compagnies de chemins de fer.

Signalons encore, appartenant aux mêmes constructeurs, une petite caisse métallique à deux compartiments, destinée à stériliser les crachats des phthisiques.

Une des cases est à demi-remplie de liquide alcalin qui dissout la matière visqueuse contenue dans les crachoirs; ceux-ci sont alors portés dans la seconde case où de l'eau additionnée de sel marin marque 105° au point d'ébullition. Ce petit appareil est expérimenté par le professeur Grancher. Comme complément presque indispensable à ces saines mesures de prophylaxie il faut désirer et presque imposer l'usage des blanchisseries mécaniques. On sait quel tribut payent les blanchisseuses à la fièvre typhoïde, au choléra, à la variole, et quels foyers de dissémination des maladies épidémiques elles vont constituer çà et là dans les divers points d'une ville. En confiant à des appareils presque hermétiquement clos, remplis d'une eau stérilisée, le brassage du linge comme on le fait aujourd'hui dans quelques hôpitaux, on apportera aux mesures d'hygiène d'une ville un précieux appoint. Quelques-uns des modèles exposés dans ce but sont fort ingénieux.

(*A suivre.*) A. C.

VARIA

Lésions intestinales produites par les poisons dits drastiques (1); par L. Butte.

L'auteur a intoxiqué un grand nombre de chiens par la colchicine, la vératrine, l'huile de croton et la coloquinte et a étudié les altérations intestinales déterminées par ces poisons.

La *colchicine* provoque une vive hypérémie, avec ecchymoses, des trois quarts de la muqueuse de l'intestin grêle; il y a des ulcérations duodénales petites, nettement arrondies, taillées comme à l'emporte-pièce. Le gros intestin est un peu congestionné.

La *vératrine* détermine une congestion moins vive, sans ecchymoses, sur la muqueuse du duodénum et d'une partie de la 1re portion du jéjunum; on voit au niveau du duodénum des ulcérations un peu plus grandes, moins nettement taillées que celles de la colchicine et présentant une élevure centrale. Le gros intestin est légèrement hypérémié.

Avec l'*huile de croton*, les lésions sont différentes suivant qu'on l'administre par la peau ou par l'estomac ; dans le 1er cas, la muqueuse de presque tout l'intestin grêle présente une coloration jaune safran uniforme; dans le 2e cas, la teinte est d'un rouge noirâtre, très foncée, uniforme ; le tissu sous-muqueux est envahi par de vastes ecchymoses. Les ulcérations du duodénum sont petites et superficielles. Le gros intestin est absolument indemne.

Dans l'empoisonnement par *la coloquinte*, la congestion de l'intestin grêle est peu intense et les ulcérations duodénales sont très superficielles. C'est dans le gros intestin qu'on voit l'altération presque caractéristique : il présente des bandelettes saillantes, longitudinales, d'un rouge un peu noirâtre, disposées d'une façon extrêmement régulière et s'étendant de la 1re partie du côlon au milieu du rectum.

Les poisons dits drastiques provoquent donc tous une entérite avec des ulcérations; mais ces lésions communes présentent pour chaque tonique des caractères différentiels qui résident dans l'intensité plus ou moins grande de l'inflammation, dans son siège et dans la forme des ulcérations.

Société contre l'abus du tabac

La Société contre l'abus du tabac a tenu sa séance solennelle de distribution des récompenses il y a quelques jours, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Leyssenne, inspecteur général, délégué de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes.

La séance a été ouverte par une allocution de M. Leyssenne, qui a ensuite donné la parole à M. E. Decroix, président de la Société.

Après divers discours et rapports on a procédé à la proclamation des lauréats. Suivant l'usage, quelques médailles ont été données aux publicistes qui ont le plus aidé la Société par leurs écrits ou leur propagande. C'est ainsi que MM. le docteurs Bertherand et E. Monin, ont été récompensés. Avant de lever la séance, M. le président a annoncé que, pour le concours de 1888, M. le docteur Depierris, membre bienfaiteur, offrait un prix de mille francs à l'auteur du meilleur mémoire sur le sujet suivant : *Les effets du tabac sur la santé des gens de lettres ; son influence sur l'avenir de la littérature française.* — S'il y a encore des fumeurs lettrés en 1888, il n'ont qu'à bien se tenir.

Institut Pasteur.

Dans sa séance du 19 mai, le Conseil municipal a voté une subvention de 5,000 francs. Le *Journal Officiel* du 27 mai publie la 31e liste de souscription ; le montant total est de 765,379 fr. 85.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 31. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Damaschino, Marc Sée, Kirmisson; — 2e *Série* : MM. Hayem,

(1) Communication faite à la *Société de médecine légale*, le 11 janvier 1886. — Nous rappellerons que M. Roy a fait à Genève, en 1878, sous la direction du professeur Prevost, des expériences identiques avec la *coloquinte*, l'*huile de croton*, etc., et est arrivé, à peu près, aux mêmes résultats. (Voir pour plus de détails : Roy. *Recherches sur quelques purgatifs*, p. 34, 39, 55. Genève, 1878).

Farabeuf, Rémy ; — 3e *Série* : MM. Nicaise, Cruveilhier, Reclus. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Gautier, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Guéniot, Segond ; — 2e *Série* : MM. Terrier, Le Dentu, Pinard.

MARDI 1er. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Laboulbène, Richelot, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Polaillon, Humbert. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. G. Sée, Péter, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Berger, Bouilly ; — 2e partie : MM. Ball, Grancher, Hallopeau.

MERCREDI 2. — 1er *de Doctorat* : MM. Bourgoin, Bouchardat, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Farabeuf, Straus ; — 2e *Série* : MM. Marc Sée, Cruveilhier, Rémy. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Damaschino, Lutz, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Nicaise, Le Dentu, Budin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Guéniot, Terrier, Kirmisson ; — 2e partie : MM. Potain, Fournier, A Robin.

VENDREDI 4. — Ier *de Doctorat* : MM. Baillon, Bourgoin, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, oral, Ire partie, 1re *Série* : MM. Nicaise, Farabeuf. Segond ;—2e *Série* : MM. Cruveilhier, Marc Sée, Rémy. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Vulpian, Bouchardat, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Le Dentu, Pinard ; — 2e *Série* : MM. Guéniot, Terrier, Reclus.

SAMEDI 5. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, MM. Delens, Polaillon, Humbert. — 2e *de Doctorat*, 2e *Série* : MM. Vulpian, Bourgoin, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Quinquaud ; — 2e *Série* : MM. Bouchard, Grancher, Debove. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Troisier. — 5e *de Doctoral*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Berger, Campenon ; — 2e partie : MM. Peter, Laboulbène, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Samedi 5. — M. Cannac. Etude sur les déterminations pleurales de la grippe. — M. Pardo de Tavera. Contribution à l'étude des métrorrhagies au début de la grossesse. — M. Colonna. Du traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique au moyen de l'énervation.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique, — M. LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 7 juin, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera les mercredis et vendredis suivants. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Chatelet, de midi 1/2 à 1 heure 1/2.

Hôpital du Midi. — M. Charles MAURIAC reprendra ses *leçons cliniques sur les maladies vénériennes* le samedi 29 mai, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 16 mai 1886 au samedi 22 mai 1886, les naissances ont été au nombre de 1162 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 446; illégitimes, 172. Total, 618. — *Sexe féminin* : légitimes, 378; illégitimes, 166. Total, 544

MORTALITÉ A PARIS.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 mai 1886 au samedi 22 mai 1886, les décès ont été au nombre de 1130, savoir : 614 hommes et 516 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12 F. 8. T. 20. Variole : M 1. F 3. T. 4 — Rougeole : M. 16 F. 13, T. 29. — Scariatine : M. 2. F. 4 T. 6. — Coqueluche : M. 8. F. 6 T. 14. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 14, T. 35. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 2. T. 5. — Infections puerpérales : 8 — Autres affections épidémiques : M. ., F. , T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 22 F 18. T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 114, F. 85. T. 199. — Autres tuberculoses : M 23, F. 18. T 41. — Autres affections générales : M. 39, F. 37 T 76. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 29, F. 34, T. 63. — Bronchite aiguë : M. 15 F. 11. T. 26 — Pneumonie : M 70, F. 62, T. 132 — Athrepsie : M. 32, F 30 T 62. — Autres maladies des divers appareils : M. 171, F. 150, T. 321. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 5. T. 30. — Causes non classées M. 11, F. 8, T. 19.

Morts-nés et morts avant leur inscription. 89 qui se décomposent ainsi. *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 18. Total . 54 — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 15. Total : 35.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis* à MM. les Candidats au 2e examen de Doctorat (1re partie). A partir du 1er novembre 1886, l'épreuve orale de la 1re partie du 2e examen (anatomie et histologie) pourra comporter des interrogations sur une préparation histologique qui sera présentée au candidat, et que celui-ci aura à examiner et à reconnaître au microscope, de même que cet examen comporte actuellement, pour l'anatomie descriptive, des interrogations sur une pièce du squelette mise entre les mains du candidat. Les préparations histologiques disposées pour les besoins de l'examen, ne sortiront pas de la série des pièces les plus élémentaires, à l'examen desquelles MM. les Etudiants sont exercés dans les travaux pratiques d'histologie.

Examens. — Avis aux candidats ajournés avant le 9 juin 1886 : 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet; 2° Les épreuves orales seront renouvelées : du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; Du Ier au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin. Les Candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 1er juin 1886 inclusivement, dernier délai ; Les Candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin, consigneront jusqu'au 15 juin 1886 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec (Décision de la Commission scolaire, en date du 10 mai 1886.)

Concours. — 1° Pour le clinicat chirurgical; 2° Pour le clinicat ophtalmologique. Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale et de chefs de clinique ophtalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 15 juin 1886, à 9 heures du matin. Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat chirurgical : A la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints; 2° Pour le clinicat ophtalmologique : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours* : Les Candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juin 1886 (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hopitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours. — 1° Pour le clinicat médical ; 2° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques ; 3° Pour le clinicat des maladies des enfants. Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 28 juin 1886, à 9 heures du matin. — Il sera pourvu : 1° Pour le Clinicat médical : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° Pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° Pour le clinicat des maladies des enfants : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours*. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 24 juin 1886 (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 21 juin 1886, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours* : Les Candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1886 (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hopitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1886, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.
Conditions du concours : Les Candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1886 (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi a 3 heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Ecole pratique : Exercices opératoires : Le Dr CHAPUT, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie a fait sa première démonstration le mardi 25 mai à 4 heures, pavillon numéro 3.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE — Par arrêté du 22 mai 1886, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1886 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Grenoble est reporté au 15 novembre 1887.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés.* — Ce concours sera ouvert le lundi 28 juin 1886, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 1er juin 1886, et sera clos le mercredi 16 juin, à trois heures.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes auront lieu au mois d'aout prochain dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. M. Jules Voisin passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpétrière ; M. Deny, médecin adjoint à l'hospice de Bicetre, passe medecin titulaire dans le même établissement.

ASILE D'ALIÉNÉS DE PIERREFEU. — M. Gueit a déposé dans la séance du 6 mai au nom de la Commission spéciale de l'asile d'aliénés un projet selon lequel l'Asile comprendra 290 lits de malades.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DU BUREAU CENTRAL D'ADMISSION DES HOPITAUX DE PARIS. — Le jury se compose de MM. Ribemont, Pinard, Desormeaux, Budin, Bouilly, Hérard et Nicaise. — Les candidats sont MM. Auvard, Stapfer, Ollivier, Tissier, Bonnaire, Loviot, Bureau, Boissard. — Le concours s'est ouvert le 24 mai. Le sujet de la composition écrite d'anatomie et de physiologie a été : *Les trompes utérines*, anatomie et physiologie. — La lecture des compositions a commencé le mercredi 26 mai à 4 heures.

ENFANTS-ASSISTÉS EN ALGÉRIE. — La délégation chargée par le conseil général de la Seine d'étudier le projet de création d'une école d'agriculture en Algérie pour les enfants assistés et moralement abandonnés, a quitté Paris hier soir pour aller examiner sur place les terrains où cette ecole pourrait être établie. La délégation est composée de MM. Rousselle, président du conseil général et rapporteur de la commission ; Curé, président ; Mayer et Voisin, membres de la commission ; Brueyre, chef de division des enfants assistés à l'Assistance publique, secrétaire de la commission.

HERBORISATION.— M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Museum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 30 mai 1886, aux environs de Montereau. Rendez-vous gare de Lyon, où l'on prendra à 6 heures 20 minutes du matin le train pour Montereau. On sera rentré à Paris a 8 heures 24 minutes. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir à 4 heures — M. BUREAU, professeur de botanique au Museum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation à Maine, le 30 mai. Rendez-vous gare de Lyon, à 6 h. 30.

MUSÉUM. — En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Museum aura à présenter à la nomination du ministre de l'instruction publique des candidats aux vingt bourses d'études, instituées près le Muséum d'histoire naturelle.
Les candidats devront se faire inscrire avant le 30 juin 1886, au secrétariat du Museum ou au secrétariat des académies dans les départements.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour de la séance du 31 mai, à 4 heures, rue de l'Abbaye, n° 3 : 1° De la curabilité de la demence : M. KOWALEWSKY ; 2° Du traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique (*suite*) : M. DUFOUR ; 3° Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (*suite*) : M. CHRISTIAN.

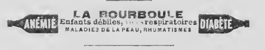
SOCIÉTÉ DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE. — Séance le lundi 31 mai à 8 heures et demie du soir, rue de l'Abbaye, n° 3.

TROUBLES DE L'ECOLE DE PHARMACIE. — Le conseil général des Facultés s'est réuni lundi matin et a entendu lecture du rapport que M. Milne-Edwards avait été chargé de faire sur les troubles de l'Ecole supérieure de pharmacie. Quinze noms d'inculpés ont été retenus ; pour trois d'entre eux, le conseil a constaté son incompétence ; pour les douze autres, il a décidé qu'il y avait lieu à suivre. Ces douze étudiants vont être, en conséquence, régulièrement cités devant le conseil. Ils seront interrogés, pourront faire valoir leurs moyens de défense, après quoi le conseil rendra son jugement sur chacun d'eux.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du Dr André-Martin PELLICOT, ancien chirurgien des armées navales sous Napoléon Ier, mort à Saillans, à l'âge de 97 ans.

VACANCES. — La commune de Champrond-en-Gâtines (Eure-et-Loir) demande un médecin. Revenu annuel : 8,000 fr. Le médecin fournit les médicaments.

CLIENTÈLE MÉDICALE A PRENDRE sans aucune rétribution. Une situation médicale (laissée pour raisons de famille), d'un rapport de 9 à 10,000 fr., à Chanoux (Vienne), (station du chemin de fer de Civray qui va s'ouvrir prochainement de Civray au Blanc).
S'adresser, pour tous renseignements, au Dr Pasquet-Labroue, à Châtellerault (Vienne).



Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT a repris ses conférences du *mardi* et reprendra ses leçons du *lundi* le 31 mai. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.— *Maladies mentales :* M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HOTEL-DIEU. — *Médecine.* — M. BUCQUOY. Consultation le vendredi. Visite à huit heures et demie. — M. GALLARD. Clinique gynécologique, mardi et samedi. Consultation gynécologique, jeudi. — M. MOUTARD-MARTIN (suppléé par M. BROCQ). Visite à neuf heures. Consultation, le mercredi. — M. EMPIS. Visite à sept heures. Consultation le lundi. — M. MESNET. Salles Saint-Denis et Sainte Martine. Visite à 8 h 3/4. Consultation le samedi. Examen des nouveaux le dimanche. — Pr SÉE : Clinique de la Faculté. Consult. le mardi. Clinique, lundi, mercredi, vendredi. Visite à 9 heures.
Chirurgie. — M. TILLAUX. Visite tous les matins à 9 h 1/4. Consultation les mardis, jeudis. Consultation des oreilles, samedi. Cliniques et opération les lundis, mercredis. Examen au lit des malades les vendredis. — M. PANAS. Clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi à 10 heures. Clinique et opérations le mercredi. Ophthalmoscope. Consultation tous les jours.

HÔPITAL COCHIN — *Médecine.* Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Visite à 10 heures. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Leçons cliniques au lit des malades les lundis, mercredis, vendredis. (Voir page 470.)

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 23. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 JUIN 1886.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Anatomie morphologique du genou. — Saillies inférieures des muscles vaste interne et vaste externe. (*Repli sus-rotulaire de Gerdy*);

Par le Dr Paul RICHER, chef du laboratoire de la Salpêtrière.

Gerdy, après avoir décrit la saillie du vaste interne, ajoute : « Le relief du vaste interne est souvent masqué ou altéré au-dessus de la rotule par un *repli sus-rotulaire* de la peau dirigé en bas et en arrière. Ce repli est dû, soit à une disposition sous-cutanée, soit à la diminution de l'élasticité de la peau ; aussi ne l'observe-t-on si souvent chez l'adulte et le vieillard, que parce que cette membrane depuis longtemps tiraillée par la flexion répétée du genou, ne pouvant plus revenir sur elle-même, faute d'élasticité, se replie quand la jambe est étendue (1). » Cette opinion est encore aujourd'hui généralement acceptée ; elle me paraît cependant consacrer une erreur et une confusion : une erreur, parce que la saillie signalée par Gerdy est un relief musculaire ; une confusion, parce que, si parfois il existe un repli réellement cutané, il présente une direction et une localisation complètement différentes de celles qui ont été indiquées par cet auteur. Le *repli sus-rotulaire* de Gerdy est formé par la partie la plus inférieure du corps charnu du vaste interne ; faisant une saillie distincte du reste du muscle, dans de certaines conditions et sous l'influence d'une disposition anatomique spéciale. Les fibres les plus inférieures du vaste externe produisent souvent un relief analogue (2).

Ces formes, que l'on peut désigner sous le nom de *saillies inférieures du vaste interne et du vaste externe* apparaissent avec le plus d'évidence dans l'extension du membre qui accompagne la station droite ou la station hanchée. Elles accompagnent le relâchement musculaire et sont d'autant plus accusées que le relâchement est plus complet. Lorsque le muscle se contracte (le membre étant toujours en extension) elles s'atténuent et même, chez certains sujets, disparaissent complètement. La saillie inférieure du vaste interne, chez les sujets très fortement musclés, persiste parfois malgré un léger degré de flexion ; mais généralement elle disparaît, ainsi que celle du vaste externe, par l'effet de la distension des muscles, résultat d'une plus grande flexion du membre.

(1) *Anatomie des formes extérieures du corps humain*, p. 246.

(2) Avant Gerdy, cette saillie inférieure du vaste interne dans le relâchement avait été signalée, en passant, bien que d'une façon très précise, par Salvage dans son *anatomie du Gladiateur combattant*. Mais l'opinion de Gerdy paraît l'avoir emporté, car ce relief musculaire spécial est complètement passé sous silence dans tous les auteurs modernes que j'ai pu consulter et parmi lesquels je citerai Fau (1846), Morel (1877), Froriep (1880), M. Duval (1881), Vischer (1881), Cuyer (1886), Harless (1876), Marshall (1878). Ce dernier auteur dit même expressément que les reliefs musculaires du triceps fémoral, au dessus du genou, très évidents lors de la contraction, sont cachés et altérés par des replis de la peau lorsque le muscle est au repos, comme dans la station droite sans effort. Il est à noter également qu'on ne retrouve cette disposition sur aucune des statues d'écorchés (à l'exception toutefois de celle qui a été faite d'après le *Gladiateur combattant*), bien que plusieurs d'entre elles présentent l'attitude hanchée éminemment favorable à sa production.

Enfin, contrairement à ce que pensait Gerdy, ces formes existent souvent chez les plus jeunes sujets et aussi chez les femmes, mais atténuées et parfois plus ou moins masquées par le tissu graisseux sous-cutané.

Les artistes, les anciens comme les modernes, ont le plus souvent représenté ces reliefs musculaires avec une sincérité et une exactitude vraiment remarquables.

Je me propose d'examiner, dans un travail plus détaillé, ce point intéressant d'anatomie plastique et je pense qu'il y a lieu de réviser quelques jugements un peu sévères portés à ce propos par Gerdy sur plusieurs chefs-d'œuvre de l'art antique.

Au point de vue morphologique, ces reliefs ont les caractères suivants (*Fig.* 46). Celui du vaste externe, le plus haut situé, a une forme arrondie plus ou moins écrasée. Celui du vaste interne représente une sorte de bourrelet dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Inférieurement, il descend jusqu'au niveau de la partie moyenne de la rotule (1). En arrière, il se prolonge par une extrémité arrondie jusqu'à la saillie allongée du couturier. En haut et en avant, il remonte en s'atténuant jusque vers la ligne médiane de la cuisse, où il se termine.

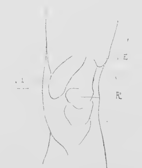


Fig. 46. — Plan antérieur du genou. — R. Rotule. — V. I. Relief inférieur du vaste interne. — V. E. Relief inférieur du vaste externe.

Ces reliefs musculaires partiels ont leur raison d'être dans une disposition jusqu'ici peu remarquée de l'aponévrose fémorale à ce niveau. Il existe à trois ou quatre travers de doigts de la rotule une condensation des fibres transversales de l'aponévrose, formant un véritable faisceau ou ruban aponévrotique, que je propose de désigner sous le nom de *fibres arciformes inférieures*. Elles embrassent en effet dans leur courbure la partie supérieure et latérale interne du genou. L'extrémité externe épanouie en éventail se confond avec le fascia lata. En dedans, les fibres convergentes croisent le vaste interne suivant une direction perpendiculaire à celle de ses fibres charnues, à deux travers de doigt environ de son bord inférieur, passent sur la tubérosité fémorale interne, et descendent au-devant du couturier avec le tendon duquel elles s'entrecroisent inférieurement à angle aigu. Aux points où ce faisceau rencontre les cloisons aponévrotiques intermusculaires interne et ex-

(1) Les fibres inférieures du vaste interne descendent plus bas qu'on ne le dit généralement. Dans le relâchement du muscle, et sur le cadavre, il est facile de constater qu'elles dépassent le bord supérieur de la rotule et atteignent communément le niveau de sa partie moyenne.

terne, des fibres profondes s'en détachent qui adhèrent à ces cloisons et vont jusqu'aux divisions de la ligne âpre du fémur où elles s'insèrent, complétant ainsi une sorte d'anneau ostéo-fibreux disposé dans un plan transversal incliné de haut en bas et de dehors en dedans et enserrant la partie inférieure du muscle triceps. Au-dessous de ce faisceau, les extrémités inférieures des muscles vaste externe et vaste interne n'apparaissent plus recouvertes que par un lacis aponévrotique lâche. Ses limites supérieures sont moins tranchées, et les fibres qui le composent se confondent insensiblement avec les fibres transverses de l'aponévrose fémorale.

Ces détails anatomiques ont paru très évidents sur plusieurs pièces que j'ai disséquées à la Salpêtrière et sur d'autres que mon ami le Dr Poirier, prosecteur de la Faculté, a bien voulu disséquer pour moi aux amphithéâtres de l'Ecole pratique. D'ailleurs, M. Poirier se propose d'étendre ces premières recherches et de les poursuivre sur un plus grand nombre de sujets.

Mais si les connexions anatomiques, de même que le rôle physiologique de cette bride, restent à préciser, son importance au point de vue des formes de la région me paraît dès à présent démontrée, et c'est le seul point que je tienne à mettre ici en lumière. Elle termine en quelque sorte par en bas le fourreau aponévrotique résistant qui maintient les muscles de la partie antérieure de la cuisse. Dans le relâchement du triceps, les extrémités charnues du vaste interne et du vaste externe viennent faire hernie au-dessous d'elle. Par l'étranglement que ses fibres exercent sur le corps charnu du vaste interne, elle détermine le sillon qui limite supérieurement le *relief inférieur* et le sépare de celui que forme au-dessus le corps même du muscle. Ce sillon varie de profondeur suivant les individus, et ces variétés ne sauraient dépendre que du degré de tension de la bride et de la condensation plus ou moins grande à ce niveau des fibres aponévrotiques qui la composent.

Au lieu d'être, ainsi que le pensait Gerdy, une forme de convention et le signe d'une distension des tissus, indice de sénilité, le *relief inférieur du vaste interne* est une forme naturelle, en relation directe avec le développement musculaire. Il appartient à tous les âges, mais c'est un modelé accidentel ; il ne se produit que dans certaines attitudes du membre et il doit être classé parmi ces modifications incessantes des formes que le mouvement imprime aux diverses parties du corps humain. L'intérêt qui s'attache à son étude n'en est pas moins grand, car il est, au même titre que le relief, dû à la contraction musculaire, mais dans un sens opposé, un signe révélateur de l'état physiologique dans lequel le muscle se trouve, et il appartient essentiellement à l'anatomie du vivant.

Un repli sus-rotulaire d'origine cutanée se rencontre quelquefois. Je l'ai observé nettement sur le vieillard. Mais il occupe une toute autre place que celle assignée par Gerdy. Il est immédiatement situé au-dessus de la rotule recouvrant l'extrémité inférieure du tendon du droit antérieur. Enfin, signe absolument distinctif, le pli d'origine cutanée qui se produit également dans l'extension de la jambe s'accuse davantage lors de la contraction du triceps à cause de l'élévation de la rotule qui en résulte, tandis que le relief musculaire s'atténue ou s'efface lorsque le muscle entre en action ainsi que je l'ai dit. On comprend que chez certains sujets les deux replis, l'un cutané, l'autre musculaire, puissent exister simultanément et confondre leurs formes

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note relative à l'existence de la névrite segmentaire périaxile. — A propos d'un cas de paralysie diphthéritique ;

Par M. A. GOMBAULT, médecin des hôpitaux.

Un mémoire récent de MM. Pitres et Vaillard (1) vient d'appeler à nouveau l'attention sur les lésions des nerfs périphériques dans la paralysie diphthéritique. Les lésions que ces auteurs ont observées sont celles de la névrite segmentaire mélangées à celles qui caractérisent la dégénération wallérienne. Mais la névrite segmentaire qu'ils décrivent présente un caractère particulier : elle n'est pas périaxile, en ce sens que partout où la gaine de myéline est intéressée le cylindre axe a déjà disparu. Nous n'avons nullement l'intention de contester le fait énoncé par MM. Pitres et Vaillard ; et du reste les éléments d'une critique sérieuse nous font absolument défaut. Toutefois il nous a paru utile, en raison même de l'autorité qui s'attache légitimement au nom de ces auteurs, de rappeler et de montrer que la névrite périaxile existe bien réellement et qu'à côté de la forme nouvelle qu'ils décrivent il y a lieu tout au moins de lui conserver sa place en tant que variété anatomique incontestée. Aussi venons-nous soumettre à l'examen et au contrôle des membres de la *Société anatomique* un certain nombre de préparations qui, après bien d'autres du même genre, nous paraissent établir son existence de la façon la plus indiscutable.

Ces préparations ont trait à un cas de *paralysie diphthéritique* provenant du service de M. Cadet de Gassicourt. Les pièces nous ont été obligeamment remises dans le courant du mois de décembre 1885 par M. Widal, interne des hôpitaux. Elles concernent uniquement les racines spinales et montrent qu'un certain nombre de fibres ont subi des altérations diverses. Nous n'insisterons que sur un seul point : le plus souvent on peut suivre avec netteté un filament coloré en rouge traversant dans toute leur longueur les portions de fibres altérées. Ce filament est en continuité directe avec le cylindre axe de la portion saine ; il décrit parfois des sinuosités contournant les masses protoplasmiques ; il est souvent déjeté sur le côté de la fibre, et quand celle-ci est rompue on peut le voir émerger libre sur une certaine longueur.

Les diverses particularités qui précèdent nous paraissent établir la nature de ce filament : il s'agit évidemment du cylindre axe. Cet élément est donc conservé et parfaitement reconnaissable au niveau des parties malades. On le retrouve sur des portions de fibre presque complètement dépouillées de leur myéline. Est-ce à dire qu'il ait sur tous les points, conservé les caractères de l'état normal ? Evidemment non. En des points nombreux il est gonflé, moniliforme, étalé, mal coloré par le carmin. Mais nous ne voulons pas revenir sur ces détails que nous avons du reste mentionnés ailleurs. Nous ne voulons retenir que le seul fait de la présence évidente du filament axile au niveau des segments atteints de névrite.

Nous avons jusqu'à ce jour étudié trois cas de paralysie diphthéritique et dans chacun d'eux les lésions de la névrite périaxile étaient parfaitement évidentes. Nous y joindrons le cas de M. P. Meyer et celui de M. Gaucher, dans lesquels l'existence de cette même forme de névrite ne peut être mise en doute puisque la conservation du cylindre axe est explicitement mentionnée par ces auteurs et nettement figurée dans leurs planches.

Des recherches ultérieures pourront seules nous rensei-

(1) *Arch. de Neurologie*, mai 1886, nº 33.

gner sur le degré de fréquence relative des deux formes en question. Mais pour le moment nous tenons à affirmer que s'il existe une variété de névrite segmentaire destructive du cylindre axe, il en est une autre, la seule que nous ayons observée pour notre part, où cet élément persiste très longtemps reconnaissable et que cette dernière mérite, anatomiquement tout au moins, la dénomination de périaxile à laquelle nous ne pouvons pas renoncer.

CLINIQUE MÉDICALE

Tumeur du cervelet : néoformation de tissu nerveux dans le cervelet et la protubérance;

Par M. CAMESCASSE, interne des hôpitaux (1).

Le nommé M..., âgé de 43 ans, est entré dans le service le 14 décembre 1885, pour des troubles généraux consistant surtout en une faiblesse générale progressive. Il est mort subitement dans la nuit du 21 février. Le diagnostic clinique avait été *tumeur cérébrale.*

Grand, d'apparence vigoureuse, cet homme s'était aperçu, il y a 3 ou 4 ans, que ses forces diminuaient. Sans cause connue, lentement, progressivement, il s'alourdissait, disait-il, tout en conservant l'apparence extérieure de la santé. De temps à autre, il avait des étourdissements qui l'obligeaient à se reposer un instant. Puis ces étourdissements firent place à de véritables pertes de connaissance; tout d'un coup il pâlissait, poussait un sourd gémissement, et tombait inanimé. On n'a jamais constaté de mouvements convulsifs pendant ces accès qui se terminaient spontanément après quelques minutes. Le malade revenu à lui restait engourdi et fatigué pendant quelques heures après chaque accès. Malgré cela il continuait à travailler à la préparation de pièces zoologiques. Cet état dura jusqu'au mois de novembre 1885. A cette époque il était devenu si faible qu'il dut prendre le lit.

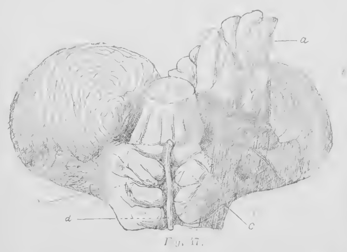
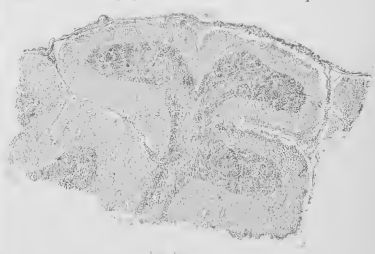


Fig. 47.

Quand nous l'avons vu dans le service (1er février 1886), il se tenait habituellement dans son lit, assoupi, l'air hébété, toujours inactif. — Tous ses mouvements étaient lents et pénibles : mais il ne tremblait pas et ne présentait pas d'incoordination motrice. Debout il semblait se tenir à peine sur ses jambes; il marchait en chancelant comme un convalescent. La parole était de même très lente. Mais il n'y avait pas de bégaiement, et les réponses étaient fort justes quoique le malade eut l'air d'avoir de la peine à trouver ses idées. En somme, parésie portant sur tous les modes de l'activité. Mais pas de paralysie, si ce n'est une hémiplégie faciale droite passagère qu'on observe quelques jours avant la mort. La sensibilité paraissait un peu obtuse. Le malade n'accusait d'autre souffrance qu'un peu de lourdeur de tête. Pas de strabisme, pas de phénomènes pupillaires. Affaiblissement notable de la vue et de l'ouïe. L'affaiblissement général s'accuse de plus en plus; les pertes de connaissance deviennent plus fréquentes ; cependant l'appétit reste bon et les fonctions végétatives restent intactes jusqu'à la fin. La mort survient inopinément pendant la nuit sans que personne s'en soit aperçu.

Autopsie (par M. le professeur Cornil). — *Encéphale.* Dure-mère saine. — Circonvolutions de la face convexe aplaties contre la dure-mère. — Ventricules latéraux un peu dilatés, sans que l'épendyme présente d'autre modification qu'un peu de rougeur en un point limité. On ne trouve sur les coupes pratiquées méthodiquement ni lésions des circonvolutions, ni lésions des noyaux intra-cérébraux. — La *protubérance* considérablement élargie présente à sa face inférieure des saillies (*c*, *c*, de la figure 47) plus ou moins arrondies, qui forment une gouttière profonde au tronc basilaire (*d*). — Le *cervelet* présente à sa face inférieure une saillie irrégulièrement pyramidale dont la crête (*a*) contournée en cimier de casque s'allonge sur le côté droit du bulbe vers le trou occipital. Cette masse s'implante sur le lobe droit du cervelet entre l'amygdale (*b*) et le *vermis inferior.* A l'œil nu cette masse lobulée présente des sortes de circonvolutions atrophiées et comprimées. Elle se continue sans ligne de démarcation avec le tissu du cervelet. Les autres viscères ne présentent aucune lésion.

L'*examen histologique* des masses protubérantielles montre qu'il s'agit bien de tissu nerveux central. Voici cet examen fait et rédigé par M. Babinski. La tumeur qui est


Fig. 48.

appendue à la partie [illegible] du cervelet présente une forme ovoïde, elle est d'une largeur de 1 cent. environ ; cette tumeur présente à l'œil nu l'apparence de la substance cérébrale ; elle est recouverte de la pie-mère et on voit à sa surface des sillons longitudinaux parallèles les uns aux autres. Cette tumeur durcie dans le liquide de Müller a été examiné sur des coupes faites perpendiculairement à son grand axe. — On voit sur ces coupes [illegible] que soit la méthode de coloration, et même sans coloration aucune une zone centrale de la périphérie de laquelle se détachent des lobules à forme triangulaire dont la base est tournée au dehors et qui sont séparés les uns des autres par des expansions de la pie-mère. — La partie périphérique de ces lobules diffère par sa couleur de la partie centrale ; cette différence est surtout accusée lorsque les coupes ont été colorées à l'hématoxyline ; on voit alors que la partie centrale est beaucoup plus foncée, et cette différence semble tenir au nombre de noyaux beaucoup plus grand dans cette région. — Sur des coupes colorées au picro-carmin et montées soit dans le baume soit dans la glycérine, on constate que la plus grande partie du néoplasme est formée de petites cellules et de cellules [illegible] et que, par conséquent on a affaire à de la névroglie appartenant à la variété [illegible] ; par places on trouve

(1) Communication à la *Société anatomique* du 5 mars 1886.

quelques cellules nerveuses pyramidales, mais ces cellules sont très rares. Les vaisseaux sanguins sont assez nombreux et sont dirigés perpendiculairement à la surface. Sur les coupes colorées par la méthode de M. Weigert, on voit qu'il n'y a pas trace de tubes à myéline dans cette tumeur.

Les tumeurs de la protubérance ont été examinées avec les mêmes procédés. La structure de ces tumeurs est analogue à celle de la tumeur du cervelet.

L'examen histologique des nodosités situées sur la protubérance et la grosse tumeur cérébelleuse établit bien nettement qu'il s'agit de tissu nerveux de nouvelle formation. On en a la preuve par l'existence de la névroglie, par les deux couches corticales observées et par la direction des vaisseaux aussi bien que par la régularité des circonvolutions séparées par la pie-mère interposée. Ce tissu nerveux présentait, il est vrai, un petit nombre de cellules nerveuses et peu de fibres à myéline. Il était constitué surtout par des cellules rondes et de la névroglie comme du tissu nerveux central jeune, de formation récente.

Réflexions. — Des lésions indiquées plus haut les unes ont été déjà décrites, ce sont celles de la protubérance (Virchow. Cornil et Ranvier). Il n'en est pas de même pour la tumeur implantée sur le lobe droit du cervelet; nous ne connaissons pas d'exemple de cette lésion. En tous cas, il est fort remarquable que le seul symptôme auquel elle ait donné lieu directement, soit précisément cette faiblesse et cette lenteur des mouvements sans véritable paralysie, symptôme qui a été observé dans plusieurs cas de tumeurs du cervelet.

Les autres signes observés sont liés soit à la compression cérébrale, soit aux lésions de la protubérance.

Il est difficile, notamment, de savoir si les pertes de connaissance que nous n'avons connues que par le récit de l'entourage ou des gens de service, étaient dues à des troubles intermittents de la circulation de l'encéphale ou bien si elles constituaient des syncopes d'origine bulbaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La spécialisation dans les hôpitaux de Paris.

Depuis le commencement de notre siècle, les sciences médicales ont fait des progrès étonnants. Le domaine de la médecine s'est tellement agrandi qu'il est devenu impossible à une intelligence humaine, quelle qu'elle soit, de l'embrasser tout entier. Jadis les médecins possédaient et affichaient des connaissances encyclopédiques qui leur faisaient grand honneur, qui les rendraient ridicules aujourd'hui. Tous les hommes éclairés de notre temps, renonçant à des prétentions surannées, ont compris la nécessité de la spécialisation des études et des professions médicales.

Dans les grandes villes de l'Europe, toutes les branches de la médecine sont théoriquement ou pratiquement séparées. Outre les deux principales sections de la chirurgie et de la médecine, nous comptons parmi les spécialités les plus légitimes : l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la dermatologie, la syphiligraphie, l'otologie, la laryngologie, l'ophthalmologie, les voies urinaires, etc., etc. Malheureusement un certain nombre de ces spécialités n'ont d'existence officielle ni à la Faculté de médecine ni à l'Assistance publique de Paris. Il en résulte qu'elles sont abandonnées aux empiriques et aux charlatans qui les discréditent et entravent leurs progrès. Nos voisins les Allemands, moins paralysés que nous par les traditions routinières, n'ont pas hésité à organiser l'enseignement pratique de ces spécialités et les Français eux-mêmes, lorsqu'ils veulent devenir des spécialistes sérieux, vont chercher en Allemagne un enseignement qu'ils ne trouvent pas à Paris. Nos meilleurs laryngologistes et otologistes ont fait leurs études à Vienne. Actuellement encore, l'otologie et la laryngologie ne sont enseignées ni à la Faculté ni dans les hôpitaux. Car il est impossible de prendre au sérieux les embryons de clinique laryngologique annexés à certains services de médecine générale. Un médecin qui a déjà la charge d'un important service est incapable, quels que soient sont talent et son activité, de pratiquer et d'enseigner par surcroît la laryngologie. Nous en dirons autant de l'otologie qui n'existe même pas dans les hôpitaux ; quant à l'ophthalmologie confiée jusqu'à ces derniers jours à des chirurgiens surchargés de travail, elle vient d'être enfin spécialisée. Reste donc à pourvoir au bon fonctionnement de ce que nous nous permettrons d'appeler les *petites spécialités* (maladies du larynx, des oreilles, etc.). Si l'Administration de l'Assistance publique avait de l'initiative, elle se hâterait de faire pour ces spécialités ce qu'elle a fait pour les accouchements. Elle créerait immédiatement dans trois ou quatre grands hôpitaux un service de laryngologie, un service d'otologie et elle mettrait à la tête de ces services des médecins nommés à la suite d'un concours spécial. Dans ce concours dont le programme reste à déterminer, on aurait soin d'introduire des épreuves de médecine générale qui éloigneraient les spécialistes sans instruction solide. Tant que l'Assistance publique n'aura pas opéré cette réforme, les malades qui souffrent des oreilles ou du larynx ne trouveront de soins éclairés que dans les cliniques et les dispensaires gratuits des praticiens de la ville. Enfin, à côté de l'intérêt des malades, n'oublions pas celui des étudiants français et étrangers qui, ne trouvant pas à Paris l'enseignement des spécialités auxquelles ils se destinent, sont obligés d'aller chercher à grands frais cet enseignement à Vienne ou à Berlin. Tout est à faire pour donner satisfaction aux besoins que nous venons de signaler. Voici maintenant des réformes beaucoup plus importantes et dont la réalisation ne coûterait rien à l'Assistance publique.

Depuis longtemps des hôpitaux spéciaux sont réservés à plusieurs branches de la clinique médicale : les maladies des enfants, les maladies de la peau, les maladies vénériennes, les maladies nerveuses. Un concours spécial assure désormais le recrutement des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière ; mais aucun concours spécial n'est imposé aux médecins des maladies infantiles, cutanées et vénériennes ; aucun règlement n'oblige les médecins qui ont fait choix un jour de ces spécialités de les garder sans retour. Tout médecin des hôpitaux a le droit d'aller, quand le roulement le lui permet, non seulement dans les hopitaux généraux, mais encore dans les hopitaux d'enfants, de vénériens, etc., etc. On a vu des médecins parcourir en quelques années l'échelle de ces spécialités sans se fixer sur aucune ; quelques-uns font meme le cercle complet et reviennent à leur point de départ.

Sans insister sur le coté grotesque et même scandaleux de ces changements inexcusables, ne convient-il pas de répéter encore que l'intérêt des malades, autant

que l'intérêt des étudiants, en souffre? Ne faut-il pas mettre un terme à ces abus qui atteignent le prestige du corps médical des hôpitaux? Aucune réforme n'est plus urgente que celle-là. Aucune n'est plus aisée à réaliser; un simple article de règlement suffit. Nous ne voudrions pas multiplier outre mesure les concours spéciaux et, pour éviter le reproche des spécialisations prématurées, nous formulerions ainsi la disposition réglementaire dont il s'agit: Tout médecin des hôpitaux devra, dans les trois jours qui suivront sa nomination, déclarer par écrit s'il se destine à la médecine générale, à la médecine infantile, à la dermatologie et syphiligraphie. Il ne pourra pas revenir sur cette déclaration et sera définitivement affecté à l'une des branches qu'il aura choisie. Les médecins du Bureau central qui auront jeté leur dévolu sur les hôpitaux généraux, ne feront de remplacements que dans ces hôpitaux; plus tard, quand leur tour de placement définitif arrivera, ce placement ne pourra se faire que dans les hôpitaux en question. Il en sera de même pour la section des enfants et pour la section de dermatologie et syphiligraphie. Chacune de ces sections, beaucoup moins étendue que la section de médecine générale, dispose de trois hôpitaux: Saint-Louis, le Midi, Lourcine; Enfants-Malades, Trousseau, Enfants-Assistés. Dans ces deux sections, le nombre des services est restreint; mais la demande sera proportionnelle à l'offre. D'ailleurs si le nombre des médecins du Bureau Central qui se destinent à ces spécialités augmentait dans des proportions trop considérables, il serait facile à l'Assistance publique de satisfaire dans l'avenir à ces aspirations en créant de nouveaux services ou en dédoublant ceux qui existent. Tout n'est pas pour le mieux, il s'en faut, dans l'organisation matérielle actuelle; mais nous réservons nos critiques pour plus tard. Nous ne ferons que signaler l'utilité qu'il y aurait à ouvrir quelques services spéciaux de gynécologie, cette branche de la médecine fournissant beaucoup de malades qui sont la proie des charlatans de la ville.

Comme on le voit, l'économie du projet que nous soumettons à nos lecteurs est des plus simples. D'un trait de plume, l'Administration peut accomplir une réforme capitale dont les résultats pratiques sont incalculables; attendrons-nous longtemps ce trait de plume? Hélas! nous connaissons trop l'indifférence et l'incurie administratives pour nous leurrer d'un fol espoir.

Cependant le mal est grand et la mesure est comble. L'enseignement de la pédiatrie et de la dermatologie est en souffrance; nous avons perdu la première place que nous occupions jadis. Pour ne parler que de la dermatologie et de la syphiligraphie, deux sciences bien françaises, qui ont eu pour pères deux Français, Bazin et Ricord, nous vivons aujourd'hui sur la réputation que nous ont faite ces *pères de la médecine contemporaine.*

Autrefois, c'est à Paris, au Midi et à Saint-Louis que les étrangers de tous les pays venaient apprendre les maladies vénériennes et les maladies de la peau. Nous avons la douleur de reconnaître que le courant a changé de direction et que les étrangers, voire même les Français, vont à Vienne chercher l'enseignement qu'ils trouvaient autrefois à Paris. Pourquoi? Si Bazin est mort, si Ricord est trop vieux, leurs successeurs ne sont-ils pas bien vivants? Sans doute nous avons des hommes distingués qui portent honorablement le drapeau de la dermatologie et de la syphiligraphie. Nous croyons même que ces hommes qui se nomment Besnier, Fournier, Lailler, Vidal, Mauriac, etc., peuvent hardiment soutenir la comparaison avec les savants allemands qu'on pourrait leur opposer. Mais si nos maîtres contemporains n'ont pas démérité, s'ils sont toujours les dignes héritiers de leurs aînés, il faut bien avouer que notre organisation n'a pas fait un pas alors que nos rivaux les Allemands perfectionnaient leur outillage et transformaient complètement leur enseignement. C'est de ce côté qu'il faut chercher la cause de notre infériorité relative. La première réforme, nous l'avons indiquée, c'est la spécialisation précoce du personnel médical qui nous donnera des maîtres incomparables. La seconde réforme, c'est l'organisation de l'enseignement pratique, à laquelle doivent concourir la Faculté de médecine et l'Assistance publique. Il est indispensable, en effet, que l'enseignement de la dermatologie, sous peine de déchéance, ne soit pas livré aux hasards de l'initiative et de la bonne volonté individuelles. Il plait à M. Besnier, qui n'y est pas obligé, de faire tous les samedis une leçon publique très courue; il plaira peut-être à son successeur de ne rien dire et de rester en repos. M. le professeur Fournier, le représentant le plus brillant et le plus autorisé de la syphiligraphie française, fait également des leçons qui ont le plus grand succès. Mais cela ne suffit pas; il faut perpétuer et multiplier les foyers d'enseignement. On ne peut y arriver sans la spécialisation que nous demandons et que demandent avec nous tous les hommes qui ont étudié la question. La spécialisation nous donnera une phalange inappréciable de cliniciens qui ne tarderont pas à relever les parties décadentes de la médecine française. Avec la spécialisation, la pédiatrie qui existe à peine en France, prendra tous les développements qu'elle mérite; avec la spécialisation, la dermatologie et la syphiligraphie qui menacent ruines brilleront de tout l'éclat qu'elles avaient autrefois. C'est un point qui ne saurait être contesté désormais.

En résumé, les progrès incessants de la médecine ont conduit les praticiens à une division du travail qui porte le nom de *spécialisation*. Aujourd'hui, il est impossible à un médecin, quel qu'il soit, d'exercer avec succès dans toutes les branches de la profession médicale. Tout clinicien sérieux, sauf les cas de nécessité absolue et de force majeure, adopte une spécialité plus ou moins étendue dont il ne sort jamais et qu'il cultive toujours à l'exclusion des autres. Ainsi arrive-t-il à se perfectionner dans son art et à se rendre vraiment utile à ses semblables. Cette spécialisation depuis longtemps réalisée dans la pratique privée, n'a été qu'ébauchée timidement à la Faculté de médecine de Paris et dans les hôpitaux. Si quelques hôpitaux sont réellement spécialisés au point de vue des malades, ils ne le sont pas encore au point de vue des médecins. Il en est ainsi des hôpitaux d'enfants, de l'hôpital Saint-Louis, de Lourcine et du Midi.

Il est temps que cet abus, si préjudiciable aux inté-

rêts des malades et de l'enseignement, prenne fin. Le remède est facile et peu coûteux; un simple règlement administratif qui s'opposera aux excès du *roulement* des médecins des hôpitaux suffira.

Ainsi s'accomplira sans frais la spécialisation la plus urgente, la plus féconde, la plus importante de toutes. Ajoutez à cette réforme quelques services nouveaux à créer pour la gynécologie, la laryngologie, l'otologie et l'on aura le total des innovations nécessaires qu'une Aministration moins routinière, plus intelligente, plus libérale n'aurait pas manqué d'accomplir depuis bien longtemps.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 mai 1886. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Jaccoud soumet à l'Académie un fait nouveau, à savoir le *développement de l'infection purulente à la suite de la pneumonie aiguë vulgaire, non traumatique.* Un individu est pris en parfaite santé d'une pneumonie aiguë franche; la fièvre prend fin dans les délais ordinaires, mais un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste sans changement. Après une période stationnaire indécise, la situation du malade s'aggrave et il succombe après avoir présenté les signes non douteux d'un état d'infection, ou bien il meurt subitement sans aggravation préalable. A l'autopsie, on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique et des foyers purulents diffus, soit dans les membres, soit dans les viscères. La chronologie des accidents indique que la suppuration du poumon est le point de départ des foyers purulents à distance et de l'infection générale de l'organisme. D'ailleurs, si l'on applique à l'étude de ces divers foyers, les notions et les méthodes issues des découvertes de M. Pasteur, on peut saisir et mettre en évidence les agents intermédiaires entre la lésion primitive et les lésions secondaires, *car les mêmes microorganismes que l'on découvre dans les points suppurés du poumon, on les décèle dans le sang et dans tous les foyers à distance sans exception.* Ainsi, la pneumonie, arrêtée dans sa résolution, aboutit à la formation de pus dans le poumon; de ce foyer initial, les agents pyogènes pénètrent dans le sang et déterminent. sur divers points, des suppurations de même nature. C'est un type achevé de *pyohémie par migrations microbiennes.*

M. Galippe signale un *nouveau champignon développé dans la salive humaine* et auquel il propose de donner le nom de *Monilia sputicola.* L'auteur. ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil de Pasteur et la salive filtrée n'ayant pas été transvasée, a vu apparaitre à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante, non en contact avec la salive, des tubes de mycelium et des spores qui n'appartiennent ni à un *Aspergillus.* ni à un *Penicillum.*

M. Marey étudie les *mouvements imprimés à l'air par l'aile d'un oiseau.* Il rapporte les expériences faites par les instruments de M. Muller pour démontrer que l'aplatissement de la couche d'air entrainante et l'intermittence du jet se rencontrent dans le mouvement de l'air qui s'écoule tangentiellement au plan de l'aile d'un oiseau.

M. Aug. Charpentier décrit une *illusion visuelle* qu'il a observée depuis un certain nombre d'années. Lorsque l'œil regarde pendant quelque temps dans une complète obscurité un objet immobile de petit diamètre et faiblement éclairé, il arrive très souvent que cet objet paraît nettement se mouvoir dans une direction determinée du champ visuel. C'est une apparence analogue à celle d'une étoile filante, mais moins rapide. Il est possible de provoquer volontairement le déplacement apparent de l'objet dans un sens déterminé. Le phénomène n'est pas dû à un déplacement inconscient de l'œil; il semble reconnaître pour cause des efforts inconscients se produisant dans le cerveau d'une façon presque continue en même temps qu'à l'association des idées.

MM. Chibret et Izarn indiquent un nouveau mode d'emploi du réactif iodo-ioduré, permettant de rechercher et de doser rapidement les alcaloïdes en général, et principalement les *leucomaïnes urinaires.*

Diverses communications sur des sujets de zoologie sont faites par MM. Giard et Bonnier sur les *Entoniscus*; par M. Perrier sur le développement des *Etoiles de mer*; par M. J. Barrois sur l'*embryologie de la Comatule*; par M. Bouvier sur le système nerveux de certains *Gastéropodes;* par M. Saint-Loup sur une *nouvelle Ichthyolldelle;* par M. de Séde sur l'*appareil vasculaire superficiel des poissons.*

M. Sarrau est élu membre de la Section de mécanique, en remplacement de feu M. de Saint-Venant. — M. Terquem est élu correspondant pour la section de physique.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mai 1886. — Présidence de M. Bouchereau.

M. Laborde dépose la thèse de M. Legris sur le *sulfate de spartéine* employé comme diurétique.

M. d'Arsonval dépose une note de M. Charpentier (de Nancy sur l'*affaiblissement mutuel de plusieurs sons.*

M. d'Arsonval a étudié les modifications qu'apporte la chloroformisation à la thermogenèse. Chez les animaux, la diminution de la production de chaleur équivaut à 55 0/0.

M. Malassez rappelle le rôle qu'il a assigné aux petites masses épithéliales existant dans le ligament alvéolo-dentaire que bien des auteurs considèrent à tort comme un périoste. Ces débris persistants des bourgeons de l'organe de l'émail sont le centre de formation des kystes dits périostiques, multiloculaires, etc. et en général de toutes les néoformations épithéliales situées dans l'intérieur des maxillaires. Depuis longtemps, il désirait savoir si ces débris s'observaient également sur les dents que l'on trouve dans certains kystes ovariens dermoïdes, afin de connaître le rôle qu'ils pourraient jouer dans la pathogénie de ces kystes. L'auteur a eu dernièrement à examiner trois dents soudées à une pièce osseuse et provenant d'un kyste de l'ovaire mi-muqueux, mi-dermoïde opéré par M. Terrier. Il a pu constater que ces dents presentaient également les débris épithéliaux précédemment signalés. L'un de ces débris semblait être l'organe d'un petit kyste avorté. Si donc, il est encore impossible, faute d'observations, de faire jouer un rôle actif à ces masses épithéliales dans la genèse de certains kystes ovariques, il n'en reste pas moins acquis que les dents que renferment certains kystes sont pourvues de débris épithéliaux analogues à ceux aux dépens desquels se développent les kystes dentaires.

M. Galippe a été consulté par un malade atteint de corps étrangers du genou et présentant en outre sur le scrotum plus de 150 petites productions dures que l'examen chimique et microscopique lui a montré constituées par des cristaux de cholestérine. L'auteur a vu en outre qu'elles renfermaient une grande quantité de microorganismes qu'il a pu d'ailleurs utiliser. Il considère que c'est un appoint nouveau à la théorie qu'il a emise sur la formation des calculs et dans laquelle des parasites joueraient un rôle prépondérant.

M. Laborde étudie à nouveau la narcéine. Il se félicite que M. Brown-Séquard lui ait fourni l'occasion de mettre encore une fois en lumière les propriétés de ce médicament, le meilleur de tous les hypnotiques. Le mode d'administration qui doit être préféré est le sirop de narcéine préparé suivant la formule de Debout.

Narcéine. . . . . 0,25 cent.
Sirop de sucre. . 500 gr.
Acide citrique ou acétique, quelques gouttes pour dissoudre.

Chaque cuillerée à soupe contient 1 centigramme de narcéine. Administré à la dose de 1 1/2 à 3 cent. sous cette forme, ce médicament arrête complètement les quintes nocturnes de coqueluche en procurant un sommeil calme et atténue beaucoup les quintes diurnes. On peut également donner la narcéine en pilules ; mais l'estomac peut se trouver offensé ; dans tous les cas, la voie intestinale est très favorable à son absorption graduelle et les suppositoires à la narcéine produisent les meilleurs effets.

M. Dupuis a enlevé les centres dits moteurs à un chien. Celui-ci a conservé les mouvements, mais à l'inverse du précédent qu'il a montré à la Société, l'animal n'est plus hyperesthésié; par contre, l'excitabilité réflexe est si grande que chaque mouvement provoque une tuméfaction de tous les muscles.

M. Strauss dépose de la part de M. Laur (de Nancy) une note sur l'anatomie pathologique du foie dans les maladies infectieuses et sur l'étiologie de la cirrhose des enfants. Celle-ci est plus fréquente qu'on ne le croit ordinairement et les maladies contagieuses, fièvres éruptives en particulier, sont l'élément capital de son développement.

Gilles de La Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juin. — Présidence de M. U. Trélat.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une note de M. Schutzenberger en réponse à la dernière communication de M. Béchamp. M. Béchamp, en effet, affirme que M. Schutzenberger, dans ses recherches sur les albuminoïdes, a pris son travail comme point de départ et que sans sa démonstration, il n'eût pu ni concevoir ni interpréter l'expérience d'où il a tiré sa théorie. Quoique M. Schutzenberger ait d'excellentes raisons pour ne pas répondre, il lui est cependant pénible de voir ainsi contester des découvertes qui ont fait l'objet de tant de labeurs. Il répète ce qu'il a déjà dit au Congrès de Nantes : qu'entre les expériences de M. Béchamp et les siennes il n'y a aucune analogie aussi bien quant aux méthodes suivies que quant aux résultats obtenus. M. Béchamp, pour fixer la constitution de l'albumine, pose une équation toute de fantaisie et dénuée de preuves expérimentales, résolvant ainsi la question si compliquée de la structure de l'albumine par un travail de cabinet.

Dans l'équation du dédoublement de l'albumine que M. Schutzenberger a publiée, il n'y fait entrer que les données de l'expérience et rien n'est laissé à l'arbitraire. Et en 1873, époque à laquelle M. Schutzenberger a entrepris ses expériences, la question de la constitution de l'albumine était encore une des plus obscures de la chimie organique et le travail de M. Béchamp, du reste inexact, avait laissé si peu de traces dans la science que M. Schutzenberger n'a été amené à en prendre connaissance qu'à la suite de la discussion soulevée au Congrès de Nantes.

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie, à l'unanimité, vote qu'il n'y a plus lieu d'admettre les communications sur cette question avant que la Commission chargée de statuer sur les expériences de M. Béchamp ait jugé de leur valeur et rédigé son rapport.

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants, l'un national (2me division), l'autre étranger (2me division).

Dans la section des correspondants nationaux, M. Paulet (médecin militaire), est élu par 38 voix sur 69 votants. M. Surmay (de Ham), obtient 20 voix ; M. Thomas (de Tours), 6 voix et M. Dezanneau (d'Angers), 5.

Dans la section des correspondants étrangers, M. Wasseige (de Liège), est élu au second tour par 26 voix sur 49 votants, contre 23 voix données à M. Bigelow (de Boston).

M. Giraud-Teulon fait une communication sur *certains troubles nutritifs des membranes profondes de l'œil et sur leur signification pathologique*. Il insiste sur certaines anomalies du fond de l'œil et notamment sur l'aspect de la circulation rétinienne. La principale anomalie consiste dans l'apparence artérielle du sang veineux rétinien. Les troubles qui relèvent de cette déviation physiologique sont classés par l'auteur en quatre catégories : des troubles trophiques de la rétine, du nerf optique et du cristallin, des troubles de la sensibilité spéciale, des troubles de la motricité, et enfin des symptômes généraux. Dans une autre partie de son travail, M. Giraud-Teulon examine la circulation veineuse dans l'état opposé, c'est-à-dire quand elle offre une teinte plus sombre qu'à l'état ordinaire. Il tire de ces deux états opposés des conclusions pratiques qui permettent d'apprécier l'influence d'action en plus ou en moins du grand sympathique et des ganglions correspondants.

C. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

2. Tumeur du cervelet : néoformation de tissu nerveux dans le cervelet et la protubérance ; par M. Camescasse, interne des hôpitaux (1).

M. Cornil. C'est un lobule du cervelet surajouté, remontant certainement à la naissance, puis subissant un accroissement brusque à un moment donné et causant alors des phénomènes de compression, comme cela a eu lieu dans le cas actuel. Cela ressemble donc aux névrômes médullaires centraux de Virchow ; pour cet auteur, ces masses siégeraient à la partie postérieure des ventricules cérébraux, sur la corne d'Ammon, les pédoncules cérébraux, la protubérance. Il n'en signale pas au cervelet, et ce siège est important. vu la compression possible du bulbe entre le tissu occipital et la masse cérébelleuse hypertrophiée.

Séance du 12 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

4. Sarcome à myéloplaxes du sinus maxillaire droit ; par M. A. Demars, interne des hôpitaux.

Le nommé Q..., âgé de 53 ans, entre le 28 février 1886, à la Pitié, pour une tumeur de la joue droite. On ne retrouve pas de néoplasme dans les ascendants : toujours bien portant, il ne se rappelle pas la moindre maladie. Il y a un an et un mois la joue droite a commencé à grossir ; le malade n'accuse aucun traumatisme à ce niveau ; on ne rencontre pas de mauvaise dent à la mâchoire supérieure. Cette grosseur a continué à évoluer lentement sans aucune douleur : la pression était indolente ; pas de trouble fonctionnel dans les organes voisins (œil, cavité orbitaire, fosses nasales, mastication). Pas d'amaigrissement. Bon état général.

A son entrée à l'hôpital le 28 février 1886 on constate une augmentation de volume de la joue droite ; la région jugale est doublée, la peau à son niveau est saine ; aucune adhérence. Pas de douleur spontanée ; la pression même assez forte n'en réveille aucune. Par la palpation on a une pseudo-fluctuation très nette, et à la partie superficielle de la masse on a une résistance, comme cartilagineuse, élastique et rénitente. L'arcade dentaire ne présente aucune déformation dans son arc ogival ; la voûte palatine et le voile du palais sont normaux. Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont à leur place ; la pression à leur niveau ne détermine aucune douleur. *Le malade n'a jamais eu de maux de dents.* Vers la partie droite et moyenne de la voûte palatine on trouve un point large comme une pièce de 50 centimes, aminci, peu résistant, et avec deux doigts mis, l'un sur ce point de la voûte palatine, l'autre sur la face externe de la tumeur on reproduit la pseudo-fluctuation. Les tissus de la joue en avant de la tumeur sont sains, et glissent facilement sur elle : la cavité orbitaire et l'œil droits sont sains. La paroi externe droite des fosses nasales est repoussée légèrement vers la partie médiane et à ce niveau on sent une tumeur mollasse près du cornet et du méat moyens. La sensibilité dépendante du nerf sous-orbitaire est normale ; ni anesthésie ni hyperesthésie. On sent en outre un petit ganglion sous-maxillaire droit, induré, gros comme un pois. M. le Profr Verneuil porte le diagnos-

(1) Voir *Progrès médical*, p. 473.

tic de sarcome de la paroi antéro-inférieure de l'antre d'Highmore.

L'opération est faite le 12 mars 1886; l'incision de la peau et des tissus est commencée au-dessous du grand angle de l'œil, suit le sillon naso-jugal, contourne l'aile du nez, et se recourbe en dehors et à droite en suivant le sillon labio-jugal pour aboutir à la commissure labiale droite : ligature chemin faisant des artères faciale, sous-orbitaire, coronaires. On distingue la paroi antérieure du sinus maxillaire qui est rougeâtre, peu résistante; avec un ténaculum on fait basculer cette paroi de haut en bas et d'arrière en avant, et on voit la tumeur siégeant sur la paroi antérieure et sur la paroi inférieure de ce sinus; puis un coup de pince de Liston pour sectionner l'os malaire, l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, et le sinus baille complètement. Ensuite grattage complet; les parois externe et postérieure sont saines : la paroi interne est enlevée en partie; enfin section du cul-de-sac gingival et ablation complète de la tumeur terminant l'opération. Pendant ces manœuvres opératoires, nous signalerons le procédé de M. le profr Verneuil, qui élimine la trachéotomie préventive, je veux parler du tamponnement postérieur : en effet après avoir fait la section de la peau et des muscles et avant de pénétrer dans les fosses nasales, on fait le tamponnement postérieur du côté où l'on opère par le procédé classique, pour empêcher le sang de couler dans le pharynx et éviter ainsi la mort du malade qui est anesthésié par le chloroforme; en outre le sang ne peut pas couler dans la cavité buccale par la conservation du cul-de-sac gingival, qui n'est coupé qu'à la fin de l'opération.

Au début de la chloroformisation, M. Verneuil a enlevé le petit ganglion sous-maxillaire par une incision horizontale. Puis lavage avec la solution forte d'acide phénique, et petits tampons en queue de cerf-volant, imbibés de poudre d'iodoforme dans la plaie; puis deux points de suture pour réunir la commissure et la lèvre à la joue. Le tamponnement postérieur est maintenu jusqu'au lendemain. La tumeur enlevée dépendait donc bien du sinus maxillaire et avait bien pour siège les parois antérieure et inférieure, comme le diagnostic avait été porté.

A l'examen de la pièce, la tumeur est grosse comme une petite mandarine; la paroi du sinus est altérée, mollasse, rougeâtre; la masse ressemble à des fongosités bourgeonnantes, irrégulières, mollasses, ayant l'aspect du sarcome. Un petit point aurait pu faire croire au début de la tumeur par les racines de la canine et de la première petite molaire; on voyait en effet les racines de ces deux dents émoussées, comme ruginées, mais on n'a pas trouvé de traces dans la tumeur; serait-ce encore une sorte d'épulis ayant évolué vers le sinus au lieu d'évoluer vers l'extérieur? *A la coupe*, les caractères du sarcome sont plus nets; on voit des parties jaunâtres, jaunes grisâtres, et l'examen histologique va lever tous les doutes.

M. Cornil communique l'examen histologique de cette pièce. C'est un sarcome à myéloplaxes, et ces grandes cellules à noyaux multiples y sont très abondantes. Elles sont contenues dans de véritables cavités, probablement vasculaires, car elles y sont entourées de nombreux globules rouges. Il y a en même temps des cellules migratrices. Ces éléments disparaissent autour de la cavité située sur le bord inférieur de la tumeur. Là, la paroi de cette cavité est formée par plusieurs rangées de cellules petites, rondes, cellules de sarcome et n'ayant aucune ressemblance avec des cellules épithéliales. C'est un kyste comme il s'en développe souvent dans les sarcomes et non pas un kyste d'origine dentaire.

Séance du 19 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

5. Hernie épiploïque inguinale gauche avec hydrocèle du sac et énorme épaississement de celui-ci. — Cure radicale.— Guérison, par Cazalis, interne des hôpitaux.

Chartier, Louis-François, agé de 48 ans, blanchisseur, entré à l'hôpital Beaujon, le 18 février, dans le service de M. Cruveilhier, actuellement remplacé par M. Felizet, raconte ce qui suit :

Depuis une dizaine d'années il portait dans l'aine gauche une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon ou une petite noix, molle, indolente, qu'il réduisait aisément et totalement lui-même (il se produisait alors un gargouillement) et pour laquelle il n'a pas cessé de porter un bandage depuis sept ou huit ans. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, en soulevant un fardeau, cet homme sentit comme un déchirement, au niveau de son aine gauche, et tout aussitôt et très rapidement, sa tumeur gonfla jusqu'à prendre le volume du poing. En même temps, elle était devenue irréductible, douloureuse, obligeant le malade à interrompre tout travail et à garder le lit jusqu'au jour de son admission à l'hôpital Beaujon.

Etat actuel. Au niveau de l'aine gauche, on constate une tumeur, allongée dans la direction du cordon spermatique, siégeant partie sur le côté gauche du scrotum et partie sur l'abdomen. Cette tumeur, de la grosseur du poing d'un adulte, au moins, est ovoïde, bien limitée, dure, rénitente, élastique, manifestement fluctuante, mate à la percussion. En la circonscrivant par la palpation, on y distingue un pédicule à la partie supéro-externe. Au-dessous de la tumeur, le testicule parfaitement indépendant présente sa souplesse, sa mobilité normales, et la vaginale est évidemment libre. Sur la tumeur, la peau conserve sa couleur et sa température normales. Pas trace d'ecchymose. La tumeur est absolument et totalement irréductible. Elle n'est pas transparente. Elle est peu douloureuse. En même temps, l'état général est peu ou pas modifié. Pas de fièvre, pas de vomissements, pas de ballonnement ni de sensibilité du ventre. Les évacuations alvines ont continué à se faire régulièrement. — Applications résolutives sur la tumeur.

28 février. Une ponction aspiratrice avec le trocart de l'appareil Potain, donne une quarantaine de grammes d'un liquide séreux, dont les dernières gouttes sont légèrement teintées de sang. La tumeur n'a pas sensiblement diminué, et reste dure et mate.

10 mars. Opération (sous la pulvérisation phéniquée et avec toutes les précautions antiseptiques). Incision de 12 centimètres dans le grand axe de la tumeur, mi-partie sur le scrotum, mi-partie sur l'abdomen (comme pour la hernie inguinale étranglée). M. Felizet incise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et tout aussitôt le sac très épais, et à l'ouverture duquel il s'écoule environ deux cuillerées de sang en caillots (attribuées à la ponction antécédente avec le trocart). Le sac est occupé par une masse d'épiploon lobulé, très graisseux et libre d'adhérences.

M. Felizet excise toute la masse, après avoir divisé le pédicule en deux moitiés, qu'il lie séparément avec un fort catgut. Le sac, saisi par sa tranche, est alors décortiqué assez aisément au moyen du doigt d'avec les tissus périphériques. Une fois bien libéré, il est lié à sa base, en six faisceaux, avec six forts fils de soie phéniquée (n° 4) et excisé d'une seule pièce. Il est extrêmement épaissi, jusqu'à présenter en certains points, 3 millimètres d'épaisseur, opaque et d'aspect véritablement fibreux. Les fils de soie sont rassemblés en un faisceau à l'angle supérieur de la plaie, dans laquelle on couche un gros drain, en anse sortant à chaque extrémité. La plaie est fermée par dix points de suture au crin de Florence, et pansée antiseptiquement (iodoforme et gaze de Lister). On exerce une certaine compression sur le foyer opératoire au moyen d'une éponge plate incluse dans le pansement. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le soir même du jour de l'opération, l'opéré ne souffre pas. T. 38°,2.

11 mars. M. T. 38°. On défait (sous la pulvérisation) le pansement qui est légèrement imprégné de sang. Pas d'odeur. S. T. 38°,2.

12 mars. M. Renouvellement du pansement. Légère injection phéniquée par le drain. T. 38°. S. T. 38°,4.

13 mars. M. T. 37°,4. S. T. 38°. Pansement. Ecoulement séreux peu abondant.

14 *mars*. M. T. 37°,4. S. T. 37°,8.

15 *mars*. M. T. 36°,8. — M. Felizet coupe et retire les points de suture (crins). La réunion par première intention est obtenue sur toute l'étendue de la plaie, sauf naturellement les deux extrémités par où sort le drain. Celui-ci est remplacé par un de volume moitié moindre. Pas trace de suppuration, écoulement séreux très léger. S. T. 37°,6.

16 *mars*. M. T. 36°,8. S. T. 37°,4.

17 *mars*. M. T. 36°,8. S. T. 37°,6. Pansement. Depuis quelques jours le malade accusait une certaine sensibilité du ventre avec coliques qui se sont amendés.

18 *mars*. M. T. 37°. S. T. 37°,4.

19 *mars*. On cesse de prendre la température. — Pansement. Le drain est retiré, raccourci de moitié, et remis à l'angle inférieur de la plaie. A l'extrémité supérieure deux des fils de soie se laissent détacher par une légère traction.

22 *mars*. Pansement.

25 *mars*. Pansement. Les fils de soie restants finissent de se détacher ; on enlève le drain. Le malade peut être considéré comme guéri, et quittera l'hôpital sous peu de jours.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 28 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. GUYOT.

M. BROCQ lit un travail sur le traitement de l'*hypertrichose* par la galvanopuncture, qui donnerait les meilleurs résultats dans ce cas, détruirait le follicule pileux et empêcherait par suite les poils de repousser. Les séances doivent être multipliées, on ne peut, en effet, détruire guère que 30 poils chaque fois.

M. COMBY communique une observation de *variole cohérente* traitée en ville par un masque épais de collodion et qui se termina à l'hôpital par la mort de la malade, à la suite d'une suppuration généralisée à toute la surface de la face.

M. BARIER lit une observation de *fièvre hystérique* observée chez une malade à la suite de violentes attaques convulsives, et ayant duré vingt jours sans aucune lésion pathologique pouvant l'expliquer. La défervescence fut brusque et la malade se retrouva exactement dans le même état qu'auparavant.

M. RICHARD communique de la part de M. ANTONY, médecin chef à Soukarras, un cas de *fracture de côte spontanée* chez une obèse, à la suite d'accès de toux.

M. DEBOVE, cette fois encore, comme dans son étude sur l'action de l'eau, avec le concours de M. Flament, a voulu étudier l'*influence de la graisse sur la nutrition*. Deux expériences ont été conduites de la même façon : d'abord, établissement d'un équilibre alimentaire stable par un régime d'entretien, viande crue, 200 gr. ; pain, 600 gr ; tisane, un litre, jusqu'à ce que le taux de l'urée et le poids ne varient plus ; puis adjonction au régime d'une quantité quotidienne d'huile variant de 50 à 150 gr., soit pure, soit émulsionnée avec du jaune d'œuf ; enfin, suppression de l'huile et retour à la ration d'entretien.

Dans les deux cas, les résultats furent identiques pendant l'emploi de l'huile, le chiffre de l'urée diminua, le poids du sujet augmenta d'un chiffre presque égal à celui de la quantité d'huile ingérée (3 kilogr. dans une expérience après absorption de 3 kilogr. 150 d'huile) ; enfin, cette augmentation de poids persista après le retour au régime d'entretien.

L. CAPITAN.

EXCURSION BOTANIQUE DANS LE DÉPARTEMENT DU CHER. — M. Ed. BUREAU, professeur, fera une excursion botanique, du 5 au 10 juin 1886, aux environs de Bourges. — Samedi 5 juin. Départ de Paris à 2 h. 30 m. du soir ; arrivée à Bourges, à 11 h. 18 m. — Dimanche 6. Visite aux établissements scientifiques de Bourges. — Lundi 7. Herborisation à la chapelle Saint-Ursin et à Morthomiers. — Mardi 8. Préparation des plantes. Herborisation autour de Bourges. — Mercredi 9. Herborisation à Marmagne. — Jeudi 10. Départ de Bourges à 11 h. 35 m. du matin ; arrivée à Paris à 4 h. 29. — Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (15 fr. 70, aller et retour) aux galeries de botanique, de midi à 5 heures, jusqu'au 1 juin inclusivement.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

IV. A case of prolapsus uteri complicating labor, par KLEINSCHMIDT (*Americ. Journ. of. obst*, janvier 1885, p. 23).

V. Fall von Hernia inguinalis cornu dextri uteri gravidi, par FISENHART (*Arch. für Gyn.*, 1885, Bd. 26, H. 3, S. 439).

VI. Zwei weitere Kaiserschnitte mit Uterusnaht, ohne Resection der Muscularis, par LÉOPOLD (*Arch. für Gyn.*, 1885. Bd. 26., H. 3, S. 407.)

IV. Il n'est pas rare de voir le prolapsus de l'utérus gravide devenir une importante cause de dystocie, et l'intervention peut être alors une des plus délicates de la pratique obstétricale.

Kleinschmidt rapporte l'observation d'une femme de 24 ans, secondipare, chez laquelle l'utérus faisait, à la fin de la grossesse, une saillie de 6 à 7 centimètres hors de la vulve. Le col était perméable, et l'on pouvait sentir la tête reposant sur l'orifice interne. Le travail fut très long et pénible ; le col, épais et dur, ne se laissa pas distendre au delà de 4 à 5 centimètres de diamètre.

Craignant une rupture utérine, Kleinschmidt tenta une application de forceps : mais le col résista à tel point qu'il fut obligé de recourir à des incisions : il dut débrider la lèvre antérieure et la postérieure. Le fœtus, né en état de mort apparente, put être ranimé. La trachélorrhapie faite séance tenante avec des fils de soie n'amena qu'une réunion imparfaite. L'utérus avait été réduit dans le bassin aussitôt après la suture du col. La femme se rétablit.

Kleinschmidt fait ressortir les points suivants. Le prolapsus utérin ne détermine ordinairement pendant la grossesse ni l'avortement ni l'accouchement prématuré, et la grossesse va à terme sans accidents graves. Mais au moment du travail, la résistance du col peut créer de sérieux obstacles à l'accouchement. Trois méthodes de traitement peuvent alors entrer en considération. Ou bien, on laissera agir la nature ; mais il ne faut compter que fort peu sur elle, et ne pas attendre trop longtemps ; car une rupture, la mort de l'enfant, etc., pourraient être la conséquence d'une expectation prolongée. Ou bien, on fera la craniotomie, mais seulement lorsque l'enfant aura succombé. La troisième méthode est la meilleure, surtout si le col induré ne semble pas devoir céder : c'est celle des incisions. Elle est facile, n'exige aucun instrument spécial, et sauve la mère et l'enfant. La plaie produite est régulière et pourra se cicatriser facilement : elle n'expose en tous cas la femme qu'aux inconvénients d'une trachélorrhaphie ultérieure.

V. De tous les déplacements de l'utérus, la hernie est le plus rare, et il n'existe dans la science que quelques exemples de la variété inguinale de l'hystérocèle.

Après avoir rappelé les cas de hernie inguinale de l'utérus vide (Maret, Lallement, Chopart, Olshausen, Léopold), Eisenhart passe en revue les observations de hernie compliquée de grossesse (Pol, Sennert, Saxtorph, Lédesma, Rektorzik, Scanzoni) et donne la relation d'un cas récent du professeur Winckel. Il s'agissait d'une femme de 36 ans enceinte, multipare, atteinte d'une double entérocèle inguinale. Elle remarqua, vers le troisième mois de sa grossesse, une brusque augmentation de sa hernie droite. Des tentatives de réduction étant restées infructueuses et la hernie augmentant de jour en jour, elle entre à l'hôpital, où on constate l'existence d'une hernie inguinale de l'utérus gravide : la tumeur a 30 centimètres de longueur sur 35 de large et descend jusqu'à mi-cuisse; on y sent les parties fœtales : le fœtus a succombé. Le taxis ne donna aucun résultat. On recourut à l'avortement provoqué : mais, malgré la rupture des membranes, l'expulsion du fœtus n'eut pas lieu. On se décida à faire la laparo-hystérectomie. On trouva dans le sac herniaire la trompe et l'ovaire droits et la corne droite gravide d'un utérus bifide. Cette corne fut enlevée avec ses annexes.

Le fœtus, long de 26 centimètres, avait environ 4 mois

et demi. Les suites de l'opération furent très simples, et la femme se levait guérie au bout de 24 jours.

D'après Eisenhart, la production de l'hystérocèle peut avoir lieu par trois modes différents : 1° l'utérus est entraîné dans le sac herniaire par des adhérences avec l'épiploon ou l'intestin herniés. 2° Il y a d'abord hernie de la trompe et de l'ovaire ; puis, si le sac s'agrandit, les feuillets du ligament large qui adhèrent aux parois s'écartent, et l'utérus se trouve naturellement attiré dans leur interstice. 3° La hernie est congénitale et liée à une anomalie de développement. Parmi les causes prédisposantes de la hernie utérine figurent la multiparité, les hernies antérieures, les utérus doubles, etc.

Lorsque l'utérus hernié est gravide, le pronostic est des plus graves : l'avortement ou l'accouchement prématuré se produisent rarement spontanément. Il y a donc indication à les provoquer, car la réduction de la hernie est d'ordinaire impossible. Si la grossesse est près du terme, le fœtus ne pourra être expulsé par les voies génitales, et l'opération césarienne s'impose. Cette opération, faite 4 fois (Pol, Sennert, Lédesma, Rektorzik), n'a réussi qu'une fois à sauver la mère (observation de Lédesma) : 3 enfants ont vécu.

L'auteur conseille d'avoir recours à l'opération de Porro ou à l'ablation de la corne utérine gravide dans le cas d'utérus double, comme cela a été fait avec succès dans le cas qu'il rapporte.

VI. Léopold a pratiqué cinq fois l'opération césarienne d'après la méthode de Sænger. Dans ses trois premiers cas, il a suivi exactement le procédé de cet auteur (décollement de la séreuse sur chaque lèvre de l'incision utérine, excision d'une tranche du tissu musculaire sous-jacent, adossement de la séreuse à elle-même, sutures de l'utérus). Dans les deux autres opérations, il a reconnu inutile de réséquer la musculeuse. Des cinq opérées, une seule, la quatrième, mourut de septicémie, infectée déjà avant l'opération ; cinq enfants furent extraits vivants.

Voici comment Léopold résume le manuel opératoire. On ne pratiquera que le moins possible l'examen vaginal chez la femme à opérer, et on désinfectera préalablement les organes génitaux avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique. L'opération n'aura lieu qu'à la fin de la première période du travail : les aides devront être familiers avec tous ses détails. L'incision utérine ne dépassera pas le cul-de-sac péritonéal en bas, et, s'il y a lieu, on l'agrandira à la partie supérieure. Aussitôt l'enfant extrait, et avant de toucher au placenta, on attirera l'utérus hors de l'abdomen, et, pour éviter toute hémorrhagie, on entourera le col avec une ligature élastique. On ne décollera la séreuse et on n'excisera des lambeaux musculaires que si les bords de cette séreuse ne glissent pas facilement sur les lèvres de la plaie musculaire. On fera la suture de l'utérus avec des fils d'argent, en évitant de prendre la muqueuse dans les ligatures. Avant de serrer les sutures, on fera comprimer l'utérus d'un côté à l'autre pour mieux affronter les bords musculaires. Les lèvres de la plaie devront, une fois les sutures serrées, être en contact intime : toutefois, on évitera une striction trop considérable.

Les sutures superficielles, faites avec de la soie fine, traverseront deux fois les bords de la séreuse au milieu de l'incision, une seule fois à ses extrémités. L'utérus fermé, on enlèvera la ligature élastique et on traitera l'incision abdominale comme dans une laparotomie ordinaire.

A propos du seul cas fatal qu'il a eu, Léopold fait remarquer que chez une femme qui a perdu les eaux depuis longtemps et qui a de la fièvre, un écoulement vaginal fétide, etc., la désinfection du vagin et de l'utérus ne peut prévenir la septicémie. Le mieux est de ne pas entreprendre l'opération césarienne ou de recourir à la méthode de Porro.

Ch. Maygrier.

CORRESPONDANCE

Correspondance de Vienne.

mai 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis ma dernière lettre, la seconde chaire de clinique de gynécologie est devenue vacante par suite de la mise à la retraite, sur sa demande, du professeur Spaeth (1), qui n'a pas encore atteint l'âge de 70 ans. Il occupait cette chaire depuis 1873 ; il avait professé auparavant à l'école militaire « Le Joséphinum » et avait été aussi professeur de la clinique des sages-femmes. Le collège des professeurs de la Faculté de médecine a nommé une commission composée de MM. Billroth, Kundrat, Albert, Nothnagel et Hoffmann pour choisir les candidats à proposer au ministre pour l'occupation de cette chaire.

On parle dès maintenant de la nomination de M. Breisky, actuellement à Prague, ou de M. Gustave Braun (frère de M. Charles Braun, directeur de la première chaire de gynécologie) qui est directeur de la troisième chaire (celle des sages-femmes).

Le collège des professeurs aura aussi prochainement à proposer un candidat pour la chaire d'hygiène, devenue vacante par suite du décès de M. Nowak. A l'institut d'hygiène s'ajoutera un office de santé autrichien qui sera créé sur le modèle du « Gesundheitsamt » allemand. La « Statthalterei » imperio-royale de la Basse-Autriche vient de prendre un arrêté enjoignant aux parents de faire immédiatement au bureau de police de leur arrondissement la déclaration de tout cas de maladie infectieuse dont serait atteint un membre de leur famille. Dans les maladies infectieuses sont compris : le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la diphthérie, la dysenterie, la rougeole, la coqueluche, la varicelle, l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

L'exemple suivant vous montrera avec quelle rigueur cet arrêté est appliqué. Le père de deux enfants atteints de variole a été condamné à dix jours de prison (dont un jour de jeûne et un jour de cachot (?) (*hartes Lager*) pour avoir omis d'en faire la déclaration. Un médecin qui avait vu les enfants seulement avant l'apparition de l'éruption avait été accusé de négligence. Il fut acquitté sur ce motif que le service d'un médecin cesse du moment où il a reçu ses honoraires.

Dans une des dernières séances de la Société médicale império-royale de Vienne, M. Fellner a fait une communication sur l'emploi de l'*Hydrastis canadensis* (Golden seal). Après avoir mentionné les principaux travaux parus sur cette substance introduite dans la pratique médicale par M. Schatz (de Rostock), et préconisée par Forggler pour la provocation artificielle de l'accouchement, il communiqua le résultat de ses recherches (50 cas), entreprises après des expériences physiologiques faites sur les animaux. Selon lui, l'*Hydrastis canadensis* produit le même effet que l'ergot de seigle, mais il préfère ce dernier pour les hémorrhagies qu'il faut arrêter de suite. Dans les cas de fibromyômes, d'après les expériences du Dr Fellner, il a toujours donné d'excellents résultats, ainsi que dans le traitement des métrorrhagies, ménorrhagies, dysménorrhées, endométrites, paramétrites et fibrômes de l'utérus. Vingt gouttes de l'extrait sont administrées toutes les quatre heures et quoiqu'en aient dit certains auteurs, il n'a jamais observé d'inconvenients de son administration. Quant aux [illegible] de l'hydrastis, il recommande la *berbérine phospori[illegible]* (*phosphate de berbérine* ou *berberium phosphoricum*), administrée à la dose de 2 à 4 centigrammes. A la fin de sa communication, M. Fellner invite ses auditeurs à étendre l'emploi de ce médicament dans la gynécologie, comme dans les hémorrhagies puerpérales de l'accouchement et dans la provocation artificielle de l'accouchement, mais d'employer la plus grande précaution pour l'augmentation progressive des doses.

M. le professeur Kundrat relate l'observation faite sur une femme opérée, à la clinique du Dr Billroth, d'un carcinome du sein récidivé. A l'autopsie, on trouva une généralisation du carcinome dans les deux poumons; de plus, on constata l'exis-

(1) Il y a un an il avait été frappé d'une attaque d'apoplexie.

tence d'une hernie ombilicale de la grosseur d'une tête de fœtus; la partie supérieure du sac herniaire était remplie d'intestins, tandis qu'on pouvait sentir dans la partie inférieure une tumeur solide. M. Kundrat remarque que de telles tumeurs sont très fréquentes dans les hernies ombilicales et qu'elles sont le plus souvent formées par des lobules adipeux hypertrophiés. On ne trouva rien de semblable à l'ouverture de l'abdomen; on constata seulement un déplacement des intestins. Le cœcum était à sa place habituelle fixé à un long et mobile mésentère, tandis que l'intestin, à partir du cœcum, se continuait dans le sac de la hernie où il était fortement attaché. L'intestin grêle était en grande partie situé entre le côlon transverse et l'anse incarcérée. A la partie inférieure du sac de la hernie, on trouva un kyste de la grosseur d'un œuf d'autruche soudé à l'épiploon. Les parois de ce kyste étaient analogues à celles des kystes de l'ovaire son contenu consistait en une bouillie brune putréfiée (cholestérine). De ce kyste partait un cordon en forme de pédicule se dirigeant vers la fosse iliaque droite. M. Kundrat pense qu'on avait affaire dans ce cas à un kyste de l'ovaire, mais ne peut expliquer par quel mécanisme cette tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus a pu se frayer un chemin jusque dans le sac herniaire par une ouverture de la grandeur de la face palmaire de la main. Il pense que l'épiploon devait autrefois avoir été soudé aux annexes droits de l'utérus, d'où déplacement jusqu'au sac de la hernie, puis étranglement de l'ovaire droit.

Ce cas explique deux faits autrefois observés par M. Kundrat. Il s'agissait de deux tumeurs abdominales opérées l'une par M. Salzer, l'autre par son fils, présentant toutes deux les apparences de kystes de l'ovaire, mais sans aucune liaison avec les organes sexuels. Elles présentaient des adhérences avec les viscères de l'abdomen et principalement avec l'épiploon. Leur contenu et leur structure étaient tout à fait analogues à la structure et au contenu des kystes de l'ovaire.

En terminant, j'ai le regret de vous annoncer le décès de M. le professeur ALSPITZ, qui a succombé le 23 mai courant (Voir page 486). Je reviendrai dans une prochaine lettre sur les travaux de notre maître qui ont été si justement appréciés du public médical.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de gynécologie; par BERRY HART et FREELAND BARBOUR, traduit par le Dr E. CROUZAT, avec une préface du Dr Budin; 1 vol. in-8 de 740 pages avec planches et figures. — A. Delahaye, éditeur, Paris, 1886.

Le manuel de gynécologie que vient de traduire avec talent le Dr Crouzat a été écrit, disent les auteurs, pour combler une lacune: offrir aux élèves un livre d'études qui, basé sur la connaissance exacte de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des organes pelviens, les mît en même temps au courant des opinions nouvelles puisées à toutes les sources, tel a été leur but, et le succès obtenu en Angleterre par leur travail prouve assez qu'ils ont réussi dans leur entreprise.

Le traité de MM. Berry Hart et Barbour ne se distingue pas seulement par des descriptions claires, un exposé fidèle des travaux les plus récents et une bibliographie soignée, mais encore par certaines parties vraiment neuves et originales. L'anatomie et la physiologie ont reçu une extension inaccoutumée, et, dans les cent pages consacrées à l'étude des organes pelviens de la femme, on remarquera surtout la description de la structure du plancher pelvien, celle de la topographie de l'abdomen et du bassin dans les diverses positions de la femme (semi-pronation, position génu-pectorale, l'action de la pression abdominale sur le plancher pelvien) le tout accompagné de figures et de coupes très instructives.

Après avoir décrit avec soin les divers procédés d'exploration et les instruments usuels, les auteurs abordent le terrain pathologique et passent successivement en revue les maladies du péritoine et du tissu conjonctif pelviens, des trompes et des ovaires, de l'utérus, du vagin, de la vulve et du plancher pelvien, les troubles de la fonction menstruelle et de la fonction de reproduction, et terminent par les affections de la vessie et du rectum. Dans tous ces chapitres, la description succincte de chaque maladie est suivie d'intéressantes considérations thérapeutiques, où les procédés les plus nouveaux sont indiqués et discutés. Nous ne pouvons que signaler en particulier ce qui a trait à l'oophorectomie, à l'extirpation des annexes de l'utérus (opération de Tait), aux déviations de l'utérus et à l'application des pessaires, à la dilatation de l'utérus, aux opérations pratiquées sur le col, au cathétérisme des uretères, etc...

Dans le cours de leur ouvrage, les auteurs insistent sur l'utilité de l'eau chaude, et, à ce propos, nous attirons l'attention du lecteur sur la remarquable préface dont le Dr Budin a fait précéder la traduction du Dr Crouzat. La question de l'emploi de l'eau chaude en gynécologie y est particulièrement discutée, et il est intéressant de voir quels avantages précieux le praticien pourra retirer d'un mode de traitement aussi simple dans un grand nombre de cas. C. M.

Sur l'influence des aimants et du courant galvanique chez les hypnotisés; par M. KOBYLIANSKY. Wratch, n° 40, 1885, Saint-Pétersbourg.

M. Kobyliansky communique les résultats suivants qu'il a obtenus par l'alimentation et la galvanisation des hypnotisés.

1° L'aimant appliqué à la nuque de l'hypnotisé fait disparaître immédiatement toutes les sensations fausses ainsi que les illusions et les hallucinations provoquées par la suggestion. — 2° Il fait disparaître aussi l'amnésie provoquée.— 3° Sous son influence disparaît l'état tétanique des muscles. — 4° Il jouit de la propriété de changer l'état psychique (responsabilité morale) des hypnotisés.

5° Mais réappliquer l'aimant et toutes les sensations fausses, les hallucinations, l'amnésie..., bref, tous les phénomènes qui ont disparu sous l'influence de la première application de l'aimant, seront complètement reconstitués.

6° Cette influence de l'aimant se manifeste avec la même intensité chez les individus qui se trouvent dans la période dite post-hypnotique.

7° Quant à l'action du courant galvanique, M. Kobyliansky constate qu'une légère application des électrodes d'un courant continu très faible à une partie quelconque du corps suffit pour réveiller instantanément l'hypnotisé et pour faire disparaître en même temps tous les phénomènes accessoires, excepté, cependant, cet état particulier connu sous le nom de l'état post-hypnotique. J. ROUBINOVITSCH.

L'innervation collatérale de la peau; par R. JACOBI (*Arch. f. Psych.* XV, 1. 2).

Intéressante, mais longue revue critique dont l'auteur déduit que les nerfs périphériques ne jouissent pas de la fonction vicariante. Tout muscle séparé de son conducteur nerveux ne continue à être animé que par régénération, répartition spéciale (particularités anatomiques) des filets de la région, ou en vertu d'anastomoses. Les nerfs sensitifs n'ont pas davantage la propriété de se remplacer; il se produit, dans l'espèce, une innervation collatérale comparable à la circulation collatérale, à l'endroit même où les racines postérieures de la moelle forment les nerfs sensitifs; les cellules multipolaires des ganglions intervertébraux sont chargées des communications providentielles. Il se forme aussi des fibres collatérales assurant la sensibilité quand viennent à manquer les plexus ou les troncs proprement dits: ces fibres collatérales constituent à leur origine des éléments divergents qui se réunissent au voisinage de la périphérie et qui, après division multiple de leurs extrémités terminales, se conglomèrent en un seul et même poste ou en plusieurs postes en connexion les uns avec les autres. L'auteur insiste pour qu'on recueille des faits démontrant cette manière de voir théorique.

P. KÉRAVAL.

Caso singolare d'istero-epilessia demonopatica osservato nell'uomo: dal prof. B. SALLMI-PACE. *Il Pisani* (Anno VI, fasc. I-II, 1885.)

Observation très complète et détaillée d'un homme qui, dès l'enfance, sans antécédents héréditaires, présenta des

manifestations névro et psychopathiques qui s'accentuèrent graduellement (convulsions, somnambulisme, exaltation psychique, démonomanie, névralgies diverses) pour en arriver à l'hystéro-épilepsie confirmée après le meurtre d'une de ses parentes (attaques de grande hystérie, délire mystique, actes impulsifs). Cette marche progressive est mise en relief par l'auteur qui propose pour ce cas le nom d'*hystérie ascendante*. Signalons aussi que chez ce malade les attaques pouvaient prendre trois formes, la forme hystérique simple, la forme délirante, la forme hystéro-épileptique complète. J. SEGLAS.

Il paviglione d'isolamento Edvige Frizzi nel pio instituto dei rachitici di Milano, inaugurato il di 20 décembre 1885; discorsi, etc., Milano, 1885.

La place nous fait défaut pour donner une description complète de ce pavillon d'isolement. Il comprend en somme un premier étage, 4 chambres pour les enfants atteints de rougeole, de scarlatine, de variole, de diphthérie : puis au rez-de-chaussée, 2 chambres pour les convalescents ; une chambre pour la surveillante, une chambre de service (bains, cuisine...). Dans le sous-sol se trouve le calorifère. A chaque étage se trouvent des terrasses, un lavabo, des latrines... Le jour de l'inauguration, MM. Neera, Gaëtano Pini, C. Baravalle prononcent en termes émus l'éloge d'Edvige Frizzi, la bienfaitrice de l'établissement, aux vœux de laquelle est due la construction de cet annexe, qui portera désormais son nom. J. S.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'exposition d'hygiène urbaine.

L'exposition du *Laboratoire municipal* est du plus grand intérêt, et permet de suivre pas à pas les travaux et les progrès de cette utile institution. Le laboratoire occupe, à la caserne de la Cité, le côté compris entre la porte d'entrée donnant sur le parvis Notre-Dame et le quai du Marché-Neuf. D'après le plan, il se compose d'un bureau pour les employés et pour la réception des échantillons déposés par le public, du cabinet et du laboratoire du chef et de trois grandes salles de travail au rez-de-chaussée, puis de plusieurs pièces situées au sous-sol et destinées à l'analyse des gaz, à la photographie, à l'installation électrique, à la verrerie, et enfin d'une grande salle où se tient tous les soirs le rapport des inspecteurs du service extérieur.

Le laboratoire exécute par an en moyenne 16.500 analyses de matières alimentaires dont environ 7.000 échantillons de vin et 4.500 échantillons de lait. Le service comprend un chef, un sous-chef, deux chimistes principaux, vingt-trois chimistes, vingt inspecteurs et quatre employés.

Nos lecteurs connaissent l'importance qu'a pris l'étude des eaux en hygiène. Le Laboratoire devait nécessairement s'occuper de ces questions, et à côté de l'analyse chimique se pratique l'essai biologique, basé sur la culture des microbes dans la gélatine. Ces cultures se font dans des vases coniques en verre, à fond plat, et dont le bouchon porte un tube à robinet en verre et un tube rempli de ouate. On commence par stériliser ces vases dans une étuve en fer, résistant à deux atmosphères et capable de contenir 150 de ces vases, cette étuve est représentée ainsi que son générateur de vapeurs qui sert en même temps à produire l'eau distillée consommée au Laboratoire. Dans ces vases on introduit ensuite 10 de gélatine et on stérilise celle-ci à une température de 105-110°, puis on les conserve pour l'usage.

Au moment de s'en servir, on liquéfie la gélatine à l'aide d'une douce chaleur et on introduit par le tube à robinet l'eau à essayer diluée dans une quantité suffisante d'eau pure. La gélatine étant prise par le refroidissement, on range les vases dans une grande armoire en métal, à portes vitrées, dont la température est maintenue constante par un thermosiphon. Les bactéries se développent et donnent naissance à des colonies qui forment dans la gélatine autant de taches liquides dont le nombre correspond à celui des bactéries qui renferment le volume d'eau employé.

Le vin est, comme nous l'avons vu, l'aliment le plus surveillé par le Laboratoire, et cela vient d'une part au nombre de débits que renferme la capitale, et d'autre part à la facilité que le commerce malhonnête trouve à le frauder pour augmenter son bénéfice. Nous voyons à l'Exposition la série des opérations par lesquelles passe le liquide pour être analysé.

On commence par prendre sa densité à l'aide de l'ombaromètre Houdart, genre de densimètre à graduation spéciale. La richesse en alcool est déterminée par la distillation, dans des appareils permettant de traiter quatre vins à la fois, puis à l'aide des ébullioscopes, instruments fondés sur la différence entre les formes d'ébullition de l'eau et de l'alcool dilué, nous voyons différents modèles de ces instruments, ceux de M. Malligand, du Dr Périer et de M. Amagat. Une pipette spéciale à remplissage automatique mesure exactement 20^{cc} de vin, et les différentes prises d'essai servent au dosage de l'extrait, des cendres, du tartre, du sulfate et de l'acidité. L'extrait est déterminé dans des capsules de platine cylindriques, à fond plat, que l'on chauffe dans des bains-marie spéciaux ; on les laisse ensuite refroidir dans les cages à dessication avant de les peser sur la balance de précision. On détermine également l'extrait dans le vide en évaporant le vin dans des capsules de verre, à l'aide du vide obtenu à l'aide des trompes dans les cloches en verre, ou de préférence dans les douves à vide construites en métal, et fermées par un système analogue à celui des wlegmphes pneumatiques. L'extrait est ensuite incinéré dans un fourneau à moufle chauffé au gaz, de grande dimension, et les cendres sont pesées.

Le sucre se dose au moyen de la liqueur de Fehling, que que l'on mesure au moyen d'une pipette à déversement analogue à celles qu'on emploie pour mesurer le vin, et qui jauge exactement 5 centimètres cubes.

L'acidité, le tartre, le plissage, se dosent à l'aide de liqueurs titrées contenues dans des flacons dont nous voyons un modèle, et qui portent leurs burettes, formés sur le même principe que les pipettes à déversement.

L'intensité de la couleur se détermine au chronomètre de Duboscq, fondé sur la comparaison des lumières ayant traversé des hauteurs variables de liquide.

Après le vin, dont Paris consomme 1.400.000 litres par jour, le liquide le plus important est le lait, dont la consommation est d'environ 250.000 litres. Les diverses phases de l'analyse du lait sont exposées.

On détermine d'abord la densité du lait, à l'aide du lactodensimètre, puis on laisse la crème monter à la surface et on mesure sa hauteur dans le crémomètre, à l'aide d'une pipette analogue à celle des vins, on mesure 10^{cc} de lait, qu'on introduit dans des capsules de platine à fond plat, ce lait évaporé à 95° dans l'étuve à air, donne l'extrait qui est pesé et incinéré, une nouvelle prise d'essai de 10^{cc} est introduite dans le lacto-butyromètre de Marchand, et mélangé à l'alcool éméré : on chauffe dans le bain-marie spécial, et on lit la hauteur et le nombre de beurre qui s'est séparé.

Les conserves de légumes sont fréquemment reverdies au cuivre, et, sans vouloir discuter ici la question de leur innocuité, nous signalons ici le petit appareil à électrolyse employé pour isoler des cendres le cuivre à l'état métallique.

Le Laboratoire ne s'adresse pas seulement aux méthodes chimiques pour résoudre les questions multiples qui lui sont posées : c'est ainsi que pour constater la pureté des alcools, des huiles, il nous montre un réfractomètre perfectionné, permettant de déterminer sans calcul, en quelques minutes, l'indice de refraction des liquides. Pour les cafés et les épices, on détermine leur densité à l'aide d'un voluménomètre nouveau et de manœuvre facile : et un appareil à épuisement continu permet de doser l'extrait alcoolique ou éthéré.

La spectroscopie est représentée par un spectroscope avec dispositif spécial et par un tableau représentant les spectres d'absorption des principales matières coorantes, dus aux travaux de MM. Ch. Girard et Pavot.

Le microscope est également mis à contribution, et nous voyons les modeles de microscopes de poche, légers et puissants, que les inspecteurs du Laboratoire emportent dans leurs tournées chez les débitants, ainsi qu'une trousse contenant

quelques réactifs pour les essais sommaires. Les préparations microscopiques des aliments falsifiés sont photographiés, à l'aide d'un magnifique appareil, et de nombreux spécimens, détachés des archives du Laboratoire, montrent qu'on est arrivé à d'excellents résultats avec les farines, les poivres, les coupes végétales et les diatomées.

Une partie de l'exposition est consacrée aux appareils pour l'analyse des gaz; nous mentionnerons des appareils dessé-chants, des extracteurs des gaz pour les boues d'égout, et divers instruments pour prendre la densité du gaz, par la vitesse d'écoulement ou par la méthode de M. Charcot.

En résumé, l'exposition du Laboratoire municipal fait le plus grand honneur à cette institution et au conseil municipal qui l'a fondée.

VARIA

Institut Pasteur.

D'après le *Journal Officiel*, la 30e et la 31e liste de la souscription pour l'Institut Pasteur, ont produit ensemble 25,618 fr. 73; ce qui fait au total jusqu'à aujourd'hui 765,379 fr. 85. — La *Chambres des Députés*, a voté un crédit de 200,000 francs lundi dernier pour l'Institut Pasteur.

Les troubles à l'Ecole de Pharmacie (*suite*).

Le Conseil général des Facultés et de l'Ecole de pharmacie s'est réuni deux fois le 27 mai dernier, afin d'entendre le rapport de M. Milne-Edwards et de statuer définitivement sur les cas des 12 étudiants incriminés et qui doivent payer pour tout le monde. La seconde séance ne s'est terminée que vers 11 h. du soir. Le Conseil a rendu son jugement, sans appel, sur onze étudiants; il y aura un supplément d'information sur le douzième. Voici les motifs de la condamnation :

Attendu qu'il résulte des constatations faites et pour le plus grand nombre des prévenus, de leurs propres aveux, qu'ils ont tous pris part aux troubles dont l'Ecole de pharmacie a été le théâtre; — Attendu qu'ils allèguent en vain, comme explication de leur conduite, les griefs qu'ils croient avoir contre l'administration de l'Ecole, griefs qui ne sont, d'ailleurs, ni présentés comme griefs personnels, ni articulés avec précision; — Attendu qu'aucun de ces griefs, quels qu'ils puissent être, ne saurait excuser le manque de respect et les actes d'insubordination reprochés à tous, ni, à plus forte raison, les actes de violence reprochés à quelques-uns;

Attendu qu'ils allèguent, avec moins de fondement encore, que les étudiants déférés au conseil ne sont pas seuls coupables, et que d'autres, restés inconnus, ont également pris part aux troubles, la faute non établie des uns ne pouvant affaiblir la culpabilité établie des autres; — Attendu que les faits relevés à la charge des prévenus constituent les infractions disciplinaires prévues par l'article 28 du décret du 30 juillet 1883; — Tenant compte, au surplus, à chacun, de sa participation plus ou moins persistante aux désordres, de ses notes et antécédents scolaires, et de l'excuse d'entraînement, admissible pour quelques-uns, mais non admissible pour les autres : — A la majorité, prononce... Contre quatre étudiants la peine de la réprimande devant le conseil; contre un l'exclusion de l'Ecole de pharmacie de Paris pour trois mois. Deux sont frappés d'une suspension d'études pour six mois, deux autres, d'une suspension d'études pour un an et enfin les deux derniers sont frappés, l'un d'une suspension de quinze mois, l'autre d'une exclusion des Facultés et Ecoles de la République pour deux ans. Ces derniers sont MM. Crestolin et Normand, qui ont été convaincus d'avoir [illegible] une [illegible] en fer, [illegible] de [illegible], pour enfoncer la porte de l'amphithéâtre au dernier cours de M. Chatin. On se souvient qu'ils ont été [illegible] entre appréhendés par les sergents de ville et passeront devant la police correctionnelle.

Le lendemain de ce jugement M. le Ministre de l'Instruction publique a adressé la lettre ci-après à M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

Monsieur le vice-recteur, La décision du conseil général des Facultés donne satisfaction à la discipline, gravement compromise par les récents désordres de l'Ecole de pharmacie. Dans ces conditions, j'estime qu'il n'y a pas lieu de maintenir plus longtemps la fermeture temporaire de l'Ecole, et j'ai décidé que les cours recommenceraient le lundi 7 juin.

Les griefs allégués contre M. le directeur étaient d'abord d'ordre purement administratif et scolaire. C'est après les avoir examinés que j'ai refusé la démission qui m'était offerte par M. Chatin. Mais depuis lors de nouvelles allégations se sont produites qui intéressent sa dignité et celle du corps auquel il appartient. M. Chatin m'a demandé de procéder à une enquête sur ces imputations. Je dois déférer à son désir et je vous charge, de concert avec M. Berthelot, inspecteur général de l'instruction publique, vice-président du conseil supérieur, et M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine et membre du conseil supérieur, de vouloir bien examiner ces imputations et de me faire connaître, par un rapport spécial, le résultat de cet examen.

Veuillez agréer, monsieur le vice-recteur, l'assurance de ma considération très distinguée. *Signé* : René GOBLET.

M. le Ministre, mieux renseigné, se décide à faire l'enquête; nous ne le chicanerons donc pas sur les passages de sa lettre qui prêtent à discussion et nous le féliciterons de s'être rendu au désir exprimé, à des dates diverses, et par les Etudiants et par M. Chatin, ainsi qu'en fait foi la note suivante que M. le professeur Chatin nous a adressée le 30 mai :

« Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical* est informé que l'enquête demandée par des élèves de l'Ecole de pharmacie a été aussi réclamée par le Directeur de cette Ecole. La voulant complète et entière, il demande qu'elle vise non seulement les actes du professeur et du Directeur, mais tout ce qui touche à son honneur. »

Lundi dernier, 31 mai, les étudiants en pharmacie se sont réunis de nouveau, en très grand nombre, salle de l'Ermitage, pour discuter les mesures prises par le ministre de l'instruction publique et protester contre les exclusions prononcées par le Conseil général des Facultés; après une discussion sérieuse, les étudiants ont décidé qu'ils demanderaient, s'il y a lieu, à un des députés d'interpeller sur la situation faite par M. Chatin aux étudiants en pharmacie après la clôture de l'enquête dont nous venons de parler. La réunion s'est terminée par le vote de l'ordre du jour suivant :

« Les étudiants en pharmacie de Paris, réunis salle de l'Ermitage, rue de Jussieu, le 31 mai, se déclarent solidaires de tous les troubles survenus à l'école pendant les manifestations contre M. Chatin.

« Protestent énergiquement contre les choix arbitraires des étudiants prévenus et contre la mesure de rigueur qui vient de les frapper et envoient à la commission d'enquête une liste détaillée des griefs imputés à M. Chatin, accompagnée des renseignements qui peuvent l'aider dans sa tâche. Ils espèrent que le ministre ne maintiendra pas la condamnation de leurs camarades, lorsque la lumière sera complètement faite sur les accusations formulées. »

La parole est maintenant à MM. Béclard, Berthelot et Gréard. Ils ont le devoir d'examiner tous les faits avec la plus scrupuleuse attention, en ne perdant pas de vue qu'ils sont, non pas, en face d'écoliers indisciplinés, mais de citoyens qui se croient lésés dans leurs intérêts.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris

10 *septembre* 1535. — A la suite de l'arrêt du Parlement de 1505, les règlements édictés ne furent pas observés et les religieuses et les religieux mirent toute la mauvaise volonté possible pour se conformer aux ordres souverains de la Grand'Chambre. Nous ne possédons malheureusement aucune pièce concernant la période intermédiaire entre l'arrêt de 1505, et la minute dont nous publions ci-dessous les extraits les plus saillants.

On voit que déjà le clergé commence à perdre pied et que les étroites idées du moyen âge déjà battues en brèche par les réformes de Luther et de Calvin et les doctrines avancées des écrivains de la Renaissance, vont sinon tout à fait disparaître, tout au moins faire place à des idées généreuses et réformatrices et produire des révolutions.

Les Registres du Parlement actuellement aux archives nationales pourraient offrir de nombreux et intéressants documents aux personnes qui s'intéresseraient à cette histoire. Malheureusement l'inventaire de ces registres n'existant pas et le travail de recherches nous ayant semblé trop long et trop ardu, nous attendons que MM. les archivistes de l'Etat surtout, ou à défaut une personne dévouée se soient livrés à ce petit travail de dépouillement d'au moins 12,000 registres embrassant les causes les plus diverses. Une fois cet inventaire fini, nous trouverons bien des choses curieuses et peu à l'avantage des cléricaux.

10 *septembre* 1535. — *Extrait des registres du Parlement pour la réforme de l'Hotel-Dieu.* — Jacques Merlin, Jean B[illegible], chanoines, L'abbé de Saint-Victor, le prieur de Saint-Ladre, Germain de Merle, Robert Le Lièvre, bourgeois, tous commissaires nommés par la Cour pour réformer l'Hotel-Dieu, tant au chef qu'aux membres et officiers.

La Chambre, en enterinant la requeste verbalement faite à icelle par le Procureur général du Roy a ordonné et ordonne que le chapitre de Paris *baillera vicariat dedans trois jours* pour toutes prefixions et delay à MM. Jacques Merlin et Berthou, chanoines en l'Eglise de Paris lesquels vicaire apellez avec eux pour conseil les abbé de St. Victor, Prieur de St.-Ladre, Mrs Germain de Merle et Robert le Lièvre, bourgeois, se transporteront audit hostel Dieu, visiteront, s'enquereront et se conformeront tant au chef qu'aux membres et officiers d'icelluy selon l'observance régulière, statuts et ordonnances de la fondation et autrement, ainsi qu'ils verront estre à faire, pourvoiront à l'entretenement du divin service, aux vivres, nourriture, traictement et medicamens des pauvres malades dudict Hostel Dieu et aussi aux alimens des Mrs religieux, prieure, religieuses et autres officiers d'icelluy et à toutes autres nécessaires à ladite réformation et seront les ordonnances et statuts qui seront faictes par lesdits vicaires et réformateurs pour l'introduction stabilement et perpetuation d'icelle reformation, executez reellement et de faict, *Et a ce faire contraincts tous les ceux qui pour ce seront à contraindre par toutes voies et manières deues et raisonnables, nonobstant oppositions et appellations quelconques et sans préjudice d'icelles*. Et à icelle chambre, commis et commet pour assister avec lesdits vicaires et réformateurs et leur bailler ayde et confort du bras séculier si besoin y est Mr Louis du Bellay, conseiller du Roy en la Cour, lequel contraindra ou fera contraindre tous ceux qu'il appartiendra à garder et observer et entretenir lesdits statuts et ordonnances, aussy, nonobstant opposition et appellations quelconques et sans préjudice d'icelles. Et enjoinct ladite chambre ausdits vicaires et réformateurs de parfaire ladite reformation *dedans un mois* et en certifier lad. Chambre. Faict en la Chambre ordonnée au temps des vacations le dixiesme jour de septembre l'an mil cinq cens trente cinq. Ainsy signé de Vignolles.

Nous passons tout ce qui a trait au service divin et autres détails de la maison. L'arrêt complet formerait une grosse brochure. Nous ne prendrons donc que ce qui concerne le service des malades et les Religieuses.

Choix des Religieuses et élection de la Prieure. — « Decanus et caplum parisienses ecclesiæ aut visitatores deputati eligent filias bene natas, castas, prudentes, pudicas, boni testimonii et probatas, sanas mente et corpore, validas, fortes, aptas et idoneas ad servitia pauperum, querentes se ad hujus modi obsequia dedicare et eas novitias recipient et ad professionis vota admittent, prohabitatio magri priorillæ et cæterarum laborum consilio et *illam quam noverint pro cæteris moribus et conversatione ornatiorem, matrem et priorillam instituent* ; cui cæteræ sorores et filliæ obedire tenebuntur. — Le chapitre avait le droit de destituer cette prieure.

On trouve plus loin que le maitre au spirituel qui aura reçu de l'argent le mettra ès mains du Gouverneur.

Et ne præfata proprietas occasionem respirandi accipiat, in dicta domo *prohebimur* : « *ne aliquis fratrum aurum argentum, casa aut totalia argentea vel aurea quorumque titulo habere præsumat sub pœna proprietatis*, excepto tamen magistro qui poterit eleemosymas, dona, legata domui recipere, *qui de illis rationem tenebitur gubernatoribus reddere quoties ab iis requisitus fuerit, et si in receptione professionis, offertorio primæ missæ fratrum aut quovis alio modo aliquid eis oblatum fuerit, totum reponetur in manus magistri, convertendum in usus communes, per manus gubernatorum qui tenebunt administrare omnia fratribus necessaria.*

C'était le premier coup porté au spirituel et il était rude. Car ils n'avaient pas encore pris le pli de rendre l'argent.

Les Religieuses ne sont pas oubliées par le Parlement et les réformes commencées dès 1505, vont continuer avec vigueur. Après un éloge de la nature des femmes pour le soin des malades « *ubi non est mulier, ingemiscit eger* », etc., et les devoirs des religieuses, on lit les lignes suivantes :

« Omnia dona et oblata facta in earum receptionibus et professionibus recepiet magister, et de ipsis omnibus *rationem reddet gubernatoribus* ut omnia convertantur ad communem usum pauperum.

Plus loin : Prohibemus ne *aliqui seculares aut religiosi cujuscumque sexus status et conditionis existant, admittentur in refectorio sororum* » . . . .

. . . .

Prohibemus ne deinceps aliqua soror aut filia eat ad campos aut ad urbem ad custodiam infirmorum. Magister et priorissa, eligent duas sorores de proprietate non suspectas (1) quarum altera recipiet dona et munera oblata reliquiis in janua parvilu, altera in janua parvi pontis qua fideliter reponent in truncis, *nihil retinendo in* manibus suis, exceptis sex albis ad summum in liardis duplicibus, et parvis denariis, quos pro Cambio offerentium habebit in die e), de quibus *truncis gubernatores habebunt claves* et si aliquem Christi fideles petant confessionalia indulgentiarum, solus magister ea dabit et recipiet pecunias qua illorum occasione provenient de quibus rationem reddere tenebitur gubernatoribus.

Il est absolument interdit aux religieuses d'assister aux accouchements : Et ne detur sororibus aut filiabus occasio deliquendi, propterea quæ passim videntur et audiuntur in aula jacentium sive puerpurarum *qua non decet castas et deo dedicatas sorores audire et videre*.

Statuimus quod in aula dictarum jacentium in puerpuerio, de cætero non erit aliqua sororum nec filiarum ad eisdem serviendum, sed loco illarum assumetur una sola honesta matrona cum sua ancilla et obstetrix quæ similiter habebit ancillam. Et hæ quatuor dictarum mulierum durante puerpurio curam habebunt

Donc pas de religieuses dans la salle des accouchées. Voici maintenant les peines qu'on avait été obligé d'ordonner contre les sœurs.

Faux témoignages. — Si soror loquendo deliquerit, confiteatur delictum suum et veniam petat pro delicto à magistro et ei levis pænitentia imponatur et si in consuetudinem transierit regulari subjaceat disciplinæ.

Jurons. — Si soror convicia alicui sororum dixerit vel alteri, aut enormiter juraverit, illo die a vino abstineat, et si in consuetudinem duxerit gravius puniatur.

Rixes. — Si soror in sororem aut aliam manum miserit violentam, septem diebus continuis jejunet et comedat ad terram nudam, et tanquam excomunicata se habeat donec absolutionem acceperit ab eo qui potest eam absolvere interim a cæteris omnibus evitetur, secundum quod in canone cautum est,

Coups et blessures. — Si soror sanguinem fuderit vel enormiter aliquem aut aliquam læserit arbitrio visitatorum et habito magistri consilio gravissime puniatur.

Vols, incendie, meurtre, adultère, etc. — Si soror homicidium, incendium vel furtum, adulterium aut peccatum aliquid gravius commiserit, et super hoc convicta fuerit, ejeciatur aut aliter prout visum fuerit visitatoribus puniatur.

Ce reglement ne satisfit point les sœurs et l'année suivante, le Parlement fut obligé de rendre un arret contre les religieux et les religieuses qui ne voulaient pas se soumettre a la réforme et qui causaient des troubles dans l'Hotel Dieu.

Ces troubles avaient été si violents et si bien conduits que les administrateurs n'avaient pu les empêcher. Religieux et religieuses aidés par les escholiers de l'epoque avaient monté une veritable cabale qui ne se termine qu'en 1536, pour continuer ensuite mais plus sourdement, mais non sans même parti pris et même haine du pouvoir spirituel contre le pouvoir temporel. (Arch. Assistance publique. *Liasse* 575).

(1) Il faut croire que toutes n'etaient pas de meme.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Le Dentu, Marc Sée, Rémy. — 2e *Série* : MM. Terrier, Farabeuf, Segond ; — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trelat, Nicaise, Pinard ; — 2e *Série*, MM. Gueniot, Cruveilhier, Kirmisson. — 4e *de Doctorat*, MM. Fournier, Damaschino, A. Robin.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, MM. Duplay, Polaillon, Campenon. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Hardy, Bouchard, Hallopeau. — 5e *de Doctorat* : MM. Lefort, Berger, Ribemont-Dessaignes. — 2e partie (Charité) 1re *Série* : MM. Jaccoud, Grancher, Hanot. — 2e *Série*, MM. Brouardel Peter, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Delens, Humbert. — 2e partie : MM. G. Sée, Ball, Hutinel.

MERCREDI 9. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Bouchardat, Guébard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Ledentu, Nicaise, Kirmisson ; — 2e *Série* : MM. Cruveilhier, Farabeuf, Reynier. — 3e *de Doctorat* oral, 1re partie ; 1re *Série* : MM. Gueniot, Terrier, Reclus. — 2e *Série* : MM. Trélat, Marc Sée, Pinard. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Straus.

JEUDI 10. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Vulpian, Richelot, Peyrot. — 2e *Série* : MM. Delens, Polaillon, Bouilly. — 3e de *Doctorat*, oral, 1re partie, MM. Pajot, Duplay, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Grancher, Bouchard, Debove. — 2e *Série* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Ball, Brouardel, Hanot. — 2e *Série* : MM. Peter, Proust, Joffroy.

VENDREDI 11. — 1er *de Doctorat* : MM. Bourgoin, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Hayem, Cruveilhier, Reclus. — 2e *Série* : MM. Terrier, Farabeuf, Remy.

— 2e de Doctorat, oral, 1re partie, 3e Série : MM. Gueniot, Marc See, Kirmisson. — 4e Série : MM. Fournier, Nicaise, Segond. — 2e de Doctorat, 2e partie : MM. Vulpian, Damaschino, Reynier. — 5e de Doctorat, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Le Dentu, Budin.

Samedi 12. — 2e de Doctorat, oral, 1re partie, 1re Série : MM. Vulpian, Bouchard, Humbert. — 2e Série : MM. Grancher, Berger, Campenon. — 3e Série : MM. Ball, Delens, Peyrot. — 3e de Doctorat, oral, 1re partie : MM. Duplay, Richelot, Boully. — 5e de Doctorat, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Le Fort, Polaillon, Ribemont-Dessaignes — 5e de Doctorat, 2e partie (Charité): MM. Hardy, Jaccoud, Hanot.

Thèses soutenues à la Faculte de Médecine.

Jeudi 10. — M. Florentin. Des divers modes de traitement du genu valgum. — M. Delattre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection. — *Samedi* 12 — M. Revilhod. Notes cliniques sur les maladies des enfants. — M. Soubhy Saleb. Contribution a l'etude de la docimasie.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 23 mai 1886 au samedi 29 mai 1886, les naissances ont éte au nombre de 1051 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 392; illégitimes, 127. Total, 519. — *Sexe féminin* : légitimes, 388; illégitimes, 144. Total, 532.

Mortalité a Paris.—Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 mai 1886 au samedi 29 mai 1886, les décès ont été au nombre de 1085, savoir : 581 hommes et 504 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 7. T. 14. Variole : M. 6. F 1, T. 7.— Rougeole : M. 11. F. 11, T. 22.— Scarlatine : M. 3. F. 3 T. 6. — Coqueluche : M. 7, F. 6 T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 12, T. 32. - Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 0, F. 1. T. 1. — Infections puerpérales : 4 Autres affections épidémiques : M. ., F. , T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 21 F. 24, T. 45.— Phthisie pulmonaire : M. 123, F. 83 T. 506. —Autres tuberculoses: M. 23, F. 27. T 50. - Autres affections génerales : M. 30, F. 38 T 58. — Malformations et débilite des âges extrêmes: M. 19, F. 30, T. 49 —Bronchite aiguë: M. 19 F. 15 T. 34 — Pneumonie : M 52, F. 46, T. 98 — Athrepsie : M. 34 F. 28 T. 52. — Autres maladies des divers appareils : M. 184 F. 148 T. 332.— Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. —Morts violentes : M 23, F. 6. T. 29.— Causes non classées M. 9, F. 13, T. 22.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 72 qui se décompesent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 35; illégitimes, 12 Total : 47 — *Sexe fèminin* : légitimes, 14 ; illégitimes, 11. Total : 25.

Concours de l'agrégation de chirurgie et d'accouchements. — *Ordre de la soutenance des thèses* : 1re *séance*. — 31 mai : M. Brun : *Des accidents imputables à l'emploi des antiseptiques* ; argumentateurs : MM. Picqué et Gangolphe. — M. Maygrier : *Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine* ; argum. : MM. Gerbaud et Remy. — 2e *séance*. — 1er juin : M. Poisson : *De l'ostéoclasie* ; argum. : MM. Denucé et Augagneur. — M. de Lapersonne : *Des arthrites infectieuses non tuberculeuses* ; argum. : MM. Barette et Schwartz. — 3e *séance*. — 2 juin : M. Forgues : *Des septicémies gangréneuses* ; argum. : MM. Vautrin et Truc. — M. Nélaton : *Rapports du traumatisme avec les affections cardiaques* ; argum. : MM. Jalaguier et Brun. — 4e *séance*. — 4 juin : M. Picqué : *Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil* ; argum. : MM. Gangolphe et Poisson. — M. Gerbaud : *De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement* ; argum. : MM. Remy et Auvard. — 5e *séance*. — 5 juin ; M. Dénucé : *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire* ; argum. : MM. Augagneur et de Lapersonne. — M. Barette : *Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical* ; argum. : MM. Schwartz et Forgues. — 6e *séance*. — 7 juin : M. Vautrin : *Traitement chirurgical des myomes utérins* ; argum. : MM. Truc et Nelaton. — M. Jalaguier : *De l'arthrotomie* ; argum. : MM. Brun et Picqué. — 7e *séance*. — 8 juin : M. Gangolphe : *Kystes hydatiques des os* ; argum. : MM. Poisson et Denucé. — M. Remy : *De la grossesse compliquée de kystes ovariques* ; argum. : MM. Auvard et Bar. — 8e *séance*. — 9 juin : M. Augagneur : *Tumeurs du mésentère* ; argum. : MM. de Lapersonne et Barette. — M. Schwartz : *Tumeurs du larynx*, argum. : MM. Forgues et Vautrin. — 9e *séance*. — 10 juin : M. Truc : *Traitement chirurgical de la péritonite* ; argum. : MM. Nelaton et Jalaguier. — M. Auvard : *De la conduite à tenir dans le cas de placenta prœvia*; argum. : MM. Bar et Maygrier. — 10e *séance*. — 11 juin : M. Bar : *Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement* ; argum.: MM. Maygrier et Gerbaud. — M. le Dr Etienne s'est retiré du concours, et par suite, ne prend pas part à cette dernière épreuve.

Concours de l'agrégation d'anatomie et de physiologie. — M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille, remplace comme membre titulaire du jury M. Renaut, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lyon, empêché de faire partie du jury.

Faculté des sciences de Caen. — Un congé, du 16 mai au 31 octobre 1886, est accordé, sur sa demande, pour raison de santé, à M. Huet, maître de conférences à la Faculté des sciences de Caen.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Hallez (Paul-Marie-Joseph), docteur ès sciences, est chargé des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pendant la durée du congé accordé à M. Barrois.

Faculté des sciences de Lyon. — Un congé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, est accordé à M. Dérut, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon.

M. Feindel, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon pendant la durée du congé accordé a M. Dérut.

Faculté des sciences de Poitiers.—M. Maillard, professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

Facultés étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin.* — M. le Dr Löffler a été nommé privat docent d'hygiène. — *Faculté de médecine de Fribourg-en-Brisgau.* — M. le Dr Hermann Emminghaus (de Dorpat) a été nommé professeur de psychiatrie. — *Faculté de médecine de Leipzig.* — M. le Dr Wagner a été nommé privat docent de chirurgie.

Ecole de médecine d'Amiens. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

Universités étrangères. — Le professeur Weil (d'Heidelberg) vient d'être appelé comme directeur de la clinique médicale de Dorpat.

Association Française pour l'Avancement des Sciences. — L'Association Française a distribué, sur les fonds restant de l'exercice 1885, comme subventions destinées à aider à des recherches ou à des publications scientifiques, une somme de 18,000 fr. — Le 15e Congrès de l'*Association Française* s'ouvrira cette année le 12 août, à Nancy, sous la présidence de M. Friedel, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne ; la session durera jusqu'au 20 août et comprendra, outre les séances de section, des séances générales, des conférences, des visites à des établissements scientifiques ou industriels. Pendant la durée de la session et dans les 3 jours qui suivront la cloture, auront lieu diverses excursions, notamment à Toul et sur le canal de l'Est, dans les Vosges, à Gérardmer, Saint-Maurice, le vallon d'Alsace, etc. — Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Association, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Exposition d'hygiène urbaine. — Caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville. Conférence : Samedi 5 juin, à 8 h. 1/4 du soir. M. le Dr A.-J. Martin : *Les réformes sanitaires ; leurs avantages et leurs bénéfices pour la santé publique.*

Excursion géologique. — *Faculté des sciences de Paris :* — M. Munier Chalmas, sous-directeur du laboratoire de géologie, à la Sorbonne, fera dimanche prochain 5 juin, une excursion géologique a Pont-Sainte-Maxence. Départ gare du Nord. Rendez-vous à 8 h. — *Muséum.* M. Stan. Meunier, aide-naturaliste au Muséum fera une excursion géologique publique le dimanche 6 juin 1886 a Thorigny et a Carnetin : Rendez-vous gare de l'Est, où l'on prendra à 10 heures 1/4 le train pour Lagny. On sera rentré à Paris à 5 heures 35. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et d'y verser le montant de la demi-place avant le samedi soir, à 4 heures.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, commencera samedi prochain 5 juin, à 4 heures 1/4, dans la galerie de géologie du muséum d'histoire naturelle, une série de leçons

publiques sur la géologie des environs de Paris. Ce cours continuera les mardis et samedis suivants a la même heure. — M. Bois (D.), préparateur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste près la chaire de culture audit établissement, en remplacement de M. Vesque, appelé à d'autres fonctions.

Nominations diverses.—*Paris* : M. le Dr Jarjavay est nommé chirurgien-adjoint au collège Rollin (emploi nouveau).

Société française de tempérance. — Cette Société a tenu sa séance solennelle le 30 mai 1886, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à la faculté de droit de Paris.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. le professeur A. Duverger, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur Motet, secrétaire général, les rapports de MM. Decaisne, Boyer et Bouchereau et celui de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné une médaille d'argent à M. Marambat, des médailles de bronze à MM. les docteurs Séjournet et Legendre, 500 fr. répartis entre MM. Julien Bottet, procureur de la République, le docteur A. Barrabé, François Delattre et le docteur A.-J. Devoisins; 168 diplômes de membre associé honoraire, 6 médailles d'argent, 180 médailles de bronze, 11 livrets de caisse d'épargne postale (115 fr.) et 556 diplomes de témoignages de satisfaction, 157 volumes de ses bulletins, 116 exemplaires de l'*Essai sur l'Intempérance* de M. Edmond Bertrand, 115 menuels Picard, 20 exemplaires de la Conférence Homais, 205 exemplaires du *Mécanicien Gerbal*, de M. Paul Timon, et 1,020 exemplaires des années 1880 à 1885 du *Bon Conseiller*, publié sous son patronage.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 7 juin 1886 (avancée de 8 jours à cause des fêtes de la Pentecote), à 4 h. très précises, au Palais-de-Justice dans la salle des référés. Ordre du jour : I. Discussion de la question de la responsabilité des pharmaciens pour l'exécution des ordonnances contenant des substances toxiques; conclusions de la commission présentées par M. Horteloup. — II. Suite de la discussion sur l'empoisonnement par la colchicine. — III. Sur un nouveau cas de pseudo-hermaphrodisme par M. Descoust. — IV. Empoisonnement par l'ergot de seigle. Rapport par M. Pouchet. — V. Accidents toxiques dus à des pansements faits avec le sous-nitrate de bismuth. Communication par M. Dalché. — VI. De l'occlusion spontanée des paupières après la mort. Expériences par M. Valude.

La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires. Les candidats sont invités à adresser leur demande avec l'exposé de leurs titres au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

Société de médecine d'Anvers.— *Concours de* 1886. A l'occasion du cinquantième anniversaire de son existence, la Société de Médecine organise un concours portant sur les questions suivantes : 1re Question. *Exposer la valeur relative des amputations et des résections dans les tumeurs blanches, en se basant sur les résultats cliniques obtenus depuis l'introduction des pansements antiseptiques ?* 2e Question. *La rage peut-elle être communiquée à l'espèce humaine? Dans l'affirmative quels sont ses symptômes, ses lésions, son traitement ?* 3e Question. *Exposer le traitement préventif et curatif de la fausse couche.* 4e Question. *Étiologie de l'ictère.*

Le prix pour chacune de ces questions consistera, selon le mérite de l'ouvrage, en une médaille d'or, de vermeil ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société et cinquante exemplaires tirés à part pour l'auteur. Les mémoires ne pourront avoir plus de *deux* feuilles (soit trente deux pages d'impression) et devront être envoyés au Secrétariat, rue Osy, 43², dans les formes académiques habituelles, avant le 1er décembre de cette année. Le rapport sur le concours et la proclamation des lauréats se feront lors de la séance solennelle de célébration du cinquantenaire.

Stagiaire aux eaux minérales. — M. Boutarel vient d'être nommé pour une période de quatre ans stagiaire aux eaux minérales. Le jury du concours était composé des académiciens Jules Lefort, Constantin Paul, Planchon, Bourgoin, Empis et Béclard.

Nécrologie. — M. le Dr James (de Lisieux). — Le professeur Heinrich Auspitz vient de mourir à Vienne d'une affection du cœur. Il était né en 1835 à Nikolsburg; il fut reçu docteur à Vienne en 1858, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie en 1865; il fut nommé professeur extraordinaire en 1875. En 1872 il fonda avec quelques-uns de ses collègues la policlinique générale (*Allgemeine Poliklinik*). Parmi ses nombreux travaux nous citerons : *Die Lehre von syphilitischen Kontagium* : — *Ein neues System der Hautkrankheiten.* — En 1869, il fonda avec F.-J. Pick les « *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* »

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière.— *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur Charcot : *mardi* et *lundi* à 9 h. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. Terrillon, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

Hospice de Bicêtre.—*Maladies mentales* : M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.— *Maladies mentales* : M. J. Voisin, le lundi à 9 heures.

Hôpital des Enfants-Malades.— *Médecine* : M. le professeur Grancher.—Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. Descroizilles. Consultation le mardi Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures — M. Ollivier. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. —M. Labric. Consultation le vendredi.

Chirurgie. — M. de Saint-Germain. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

Asile Sainte-Anne. — *Clinique des maladies mentales.* — M. le professeur Ball : dimanche et jeudi, à dix heures du matin.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier : mardis et vendredis, à neuf heures. — Ordre du cours : les mardis, leçon au lit de malades. — Les vendredis, leçon à l'amphithéatre (10 heures). — Les jeudis, leçon sur l'anatomie normale et pathologique de la peau, par M. le Dr J. Darier, chef du laboratoire d'histologie.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* M. Cornil. Consultation le vendredi. Spéculum le lundi. — M. Audhoui. Visites à 9 heures. Consultation le samedi Spéculum le mardi. Clinique le jeudi. — M. Lancereaux. Consultation le jeudi. Cliniques, mercredi et vendredi. Spéculum le samedi. — M. Dumontpallier. Consultation le mardi. Speculum, lundi et jeudi. — M. Brouardel. Consultation le lundi. Spéculum le mercredi. — M. Jaccoud. Consultation le mercredi. Clinique le samedi.

Chirurgie. M. Verneuil. Clinique, lundi, mercredi, vendredi. Consultation, mardi, jeudi, samedi. — M. Polaillon. Consultation lundi, mercredi, vendredi. Opération mardi et samedi.

Accouchements : M. Maygrier. — Visite à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE, COURBARIEN et SEGLAS. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1885, tome VI, volume in-8 de LXII-63 pages, avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. 2 fr. 50.

PITRES et VAILLARD. **Contribution à l'étude de la névrite segmentaire (Altérations des nerfs dans un cas de paralysie diphtéritique).** Brochure in-8 de 28 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER. Place de l'Ecole-de-Medecine.

Saury (H.). — Etude clinique sur la folie héréditaire (des dégénérés). Brochure in-8° de 233 pages. — Prix : 1 fr.

Wecker (L. de) et Landolt (E.). — Traité complet d'ophthalmologie. — Anatomie microscopique par les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Vient de paraitre le 3e fascicule du tome II. Ouvrage en souscription. — Prix du tome II : 17 fr. Un volume grand in-8° de 1,150 pages, avec 217 figures.

Librairie G. MASSON. 120, boulev. St-Germain.

Pradet (A.-L.). — Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. Brochure in-8 de 76 pages. — Paris, 1886. — Imprimerie A. Parent.

Köppen (M.). Ueber die histologischen Veranderungen der multiplen Sklerose. Brochure in-8 de 22 pages. — Berlin, 1886. — Gedruckt bei L. Schumacher.

Bishop (S.). — Cocaine in hay fever. Brochure in-8 de 13 pages. — Chicago 1886. — Medical college.

China. — Imperial maritime customs.— II. Spécial series, n° 2. — Medical reports, for the half-year Ended 31st. March 1885, 29th Issue. Brochure in-4° de 52 pages avec 12 figures et une carte hors texte. Shanghai et Londres, 1883. — P. S. King et Son.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 24. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 JUIN 1886

Le Progrès Médical

ASSISTANCE PUBLIQUE

De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une réforme radicale de l'Assistance publique ;

Par A. REGNARD.

« On s'imagine généralement, écrivait il y a trente ans Miss Florence Nightingale, que, pour traiter et guérir les malades, il suffit de les mettre en présence du médecin dans un endroit quelconque et dans n'importe quelles conditions. » Les progrès de l'hygiène publique dans ces derniers temps ont, sous ce rapport, triomphé définitivement de la routine et du préjugé dans les grandes villes; mais dans les autres, dans un trop grand nombre de petites localités, l'opinion prédominante est encore celle que signalait avec autant d'amertume que de raison l'illustre infirmière laïque. J'ai observé à cet égard des faits si choquants qu'il m'a paru indispensable de les signaler, beaucoup moins dans le but d'infliger un blâme immérité à des gens parfaitement inconscients d'ailleurs, que pour appeler l'attention sur un pareil état de choses, en rechercher les causes et, dans une certaine mesure, en indiquer le remède.

Mais aucune amélioration sérieuse ne saurait être réalisée à cet égard, sans une modification complète du système qui régit actuellement la matière depuis que le régime du « laissez-faire » et de la charité chrétienne a été substitué au principe inflexible autant qu'équitable du « droit à l'assistance » proclamé par la Révolution. C'est pourquoi j'ai dû faire suivre mes recherches sur la statistique hospitalière par des considérations générales sur la nécessité de revenir aux saines doctrines, dont la mise en pratique permettra seule la réalisation des réformes urgentes, réclamées par le déplorable état de choses actuel.

Bien que les faits signalés plus loin soient venus à ma connaissance en raison de ma qualité d'inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés, le travail auquel ils servent de base,— je dois le déclarer — n'a aucun caractère officiel; c'est comme simple citoyen que je porte à la connaissance du public, et dans un but d'intérêt général, les observations qui me sont propres.

I

C'est une idée répandue généralement qu'à « la campagne », dans les hôpitaux de province, les malades et les opérés guérissent avec la plus admirable facilité, tandis que dans l'hôpital de grande ville, foyer présumé d'infection, la mort régnerait en maîtresse. La première chose dont on vous parle quand vous arrivez dans un de ces petits hospices soi-disant privilégiés de nos départements, c'est de « l'air excellent » qu'on y respire : on vous ouvre tous les battants des fenêtres — ce qui parfois, et malheureusement, n'arrive qu'à cette occasion — et l'on vous fait admirer, le cas échéant, un paysage enchanteur, si bien que, faisant chorus avec votre guide, vous ne manquez pas de vous extasier sur le bonheur des malades soignés dans d'aussi admirables conditions.

Pourtant, si vous ramenez vos regards plus près de vous, dans la salle même, les choses prennent un aspect moins satisfaisant. Les lits sont entassés, les fenêtres étroites et rares : toutes mesures prises, il n'y a que 20 ou 30 mètres cubes d'air, quelquefois moins, pour chaque lit. Passant à la cuisine, vous goûtez une soupe détestable et vous constatez que les administrés ne font que trois ou quatre repas de viande par semaine ; en un mot, il devient bientôt manifeste que les prescriptions les plus élémentaires de l'hygiène sont violées de la façon la plus outrageante.

Je croyais, moi aussi, à l'efficacité de « l'air pur de la campagne. » Mais, la constatation de faits aussi choquants ne laissa pas de me faire concevoir les doutes les plus sérieux sur la salubrité de ces hospices, et je me mis en devoir de les éclaircir. Je n'avais, pour cela, qu'à me procurer la feuille de statistique hospitalière : chose toute simple, mais innovation considérable, semble-t-il, dans la façon de procéder, l'ancien Conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance ayant eu pour principe de s'occuper à peu près exclusivement de la question administrative. D'ailleurs, par l'effet d'une déplorable séparation de pouvoirs sur laquelle il me faudra revenir, non seulement le bureau de statistique, mais une bonne partie des services relatifs à la santé publique sont concentrés au ministère du commerce, les hôpitaux et les asiles d'aliénés relevant de l'intérieur.

« Ce n'est pas une petite affaire, dit le Dr Tait, que de déterminer les effets produits par une condition hygiénique donnée, et un gouvernement ne saurait mieux utiliser les services d'une commission scientifique qu'en lui faisant faire une enquête, par exemple, sur l'influence exercée par les différents cubes d'air dans les hospices (1). » Je me mis en devoir, dans la mesure de mes forces et dans celle des moyens dont je disposais, de faire cette enquête, non seulement pour le cube d'air, mais encore pour le régime, c'est-à-dire pour les deux conditions essentielles de l'hygiène hospitalière. C'est ainsi que j'ai pu, au moins pour 26 hôpitaux, combler les lacunes que l'on remarque dans toute autre statistique de ce genre, c'est-à-dire indiquer en regard des chiffres de la mortalité les conditions hygiéniques qui les déterminent (2).

Les personnes attachées aux anciennes idées, et en général tous ceux qui crient à l'abomination et au gaspillage quand on parle d'accorder seulement 40 mètres cubes d'air à chaque malade, ne manqueront pas de protester contre mes conclusions, sous prétexte que j'ai donné la mortalité seulement pour une année. Mais mon but a été précisément de m'attacher aux *résultats obtenus pendant l'année correspondant à celle de ma*

(1) Dr Tait. — *An Essay on Hospital Mortality*, London, 1877, in-8°, p. 101.

(2) Mon travail porte sur tous les hôpitaux qu'il m'a été donné de visiter, à l'exception de cinq ou six, dans lesquels les chiffres se trouvaient altérés par le fait d'une condition exceptionnelle, comme une épidémie grave ou — dans le sens contraire — par le fait d'admission d'indigents simples au lieu de malades, comme à Cusset, par exemple. Dans deux petits hospices, il m'a été impossible de me procurer les renseignements nécessaires.

visite. Ainsi, les hôpitaux inscrits pour 1882 ont été inspectés par moi dans le courant de 1883, c'est-à-dire à une époque où les conditions étaient les mêmes que pendant les mois sur lesquels porte la statistique; de même pour les deux années suivantes. Il m'importait beaucoup moins de connaître la moyenne de dix années, à propos desquelles je ne pouvais avoir de renseignements précis, que de comparer le chiffre des décès, dans une année donnée avec les conditions hygiéniques constatées dans cette année même, ou quelques mois après. Du reste, ces chiffres pris en dehors de tout coefficient perturbateur, telle qu'une épidémie de choléra par exemple ne diffèrent pas, en général, ainsi que j'ai pu m'en assurer, pour quelques-uns, de ceux que fournirait une moyenne plus étendue ; par exemple, pour l'hôpital n° 5 (Brive); la moyenne des décès pour les trois dernières années a été de 17 pour 100, le chiffre même constaté pour 1884.

J'ajoute que, pour dégager les résultats de toute cause d'erreur, au point de vue de la comparaison à établir avec les hôpitaux de grande ville, non spéciaux, j'ai fait porter mes recherches uniquement sur la population *adulte*, en laissant de côté les enfants.

Une autre objection que l'on pourrait soulever, est celle qui a trait à certains hôpitaux de province dans lesquels les malades se renouvellent peu, tandis que dans les grandes villes on les voit se présenter en plus grand nombre, et même pour des affections légères. Sans doute, il faut tenir compte de ces différences, et, en vérité, il serait par trop pénible de penser que, par le seul fait de la négligence, ou plutôt de l'ignorance des administrateurs locaux, il se produit un écart aussi énorme que celui qui existe entre Loudéac (mortalité de 31 0/0) et Laon (3 0/0) par exemple. « Nos malades n'entrent ici que pour mourir », me disait un administrateur de ces petits hospices. « Hélas ! Monsieur, lui répondis-je, ils sont servis à souhait. »

La vérité est que dans certaines villes, — et cela se comprend trop, eu égard aux résultats, — les indigents ne se décident à franchir le seuil do l'hospice que dans le cas d'affections sérieuses, pneumonies, blessures graves, phlegmons diffus, etc., ce qui peut augmenter dans une certaine proportion le chiffre de la mortalité. Encore l'affirmation est-elle exagérée et, d'autre part, ces malades ne sont nullement voués à la mort par la nature de leurs affections mêmes. « Que voulez-vous ? me disait un autre administrateur; voici, par exemple, un jeune homme qui est entré ici avec une blessure de la jambe par arme à feu. » Et le malheureux était considéré comme mort ! avec raison, d'ailleurs, mais non pas tant à cause de la gravité de la plaie, comme le pensait mon interlocuteur, que par l'effet des déplorables conditions hygiéniques qui font de tel petit hospice une morgue anticipée.

L'habileté plus ou moins grande du médecin doit également être mise hors de cause. Certes, la science a fait de merveilleuses conquêtes, et le pansement de Lister, par exemple, a sauvé plus d'un opéré, voué autrefois à une mort certaine. Mais, d'une façon générale, il est parfaitement certain que les gens meurent de leur maladie, de leur constitution, et, à l'hopital surtout — *des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils peuvent se trouver placés* — beaucoup plus que de la maladresse ou de l'ignorance du médecin. Du reste, notre tableau présente nombre de petites villes dans lesquelles les malades ne peuvent avoir la prétention d'être soignés par des professeurs de l'Ecole, la mortalité à l'hôpital demeurant cependant très faible ; ce qui juge la question.

Ces différentes objections, plus ou moins spécieuses, n'ôtent donc rien à la valeur intrinsèque de ce tableau. J'ai pris pour guide, dans le classement, la mortalité moyenne, en allant du chiffre le plus fort au plus faible, et sans me préoccuper du reste. Mais les autres chiffres se sont rangés d'eux-mêmes, et, en quelque sorte, par la force des choses, constituant ainsi par leur succession même la plus éclatante démonstration.

Pour fixer les idées et établir un point de comparaison, je rappelle que, dans ces deux immenses agglomérations d'êtres humains, Paris et Londres, les grands hôpitaux, dans lesquels les prescriptions de l'hygiène sont à peu près remplies, ont donné, ces dernières années, les moyennes suivantes :

Royal Free Hospital (London).	7 p. 100
Saint-Barthélemy (1884).	9 p. 100
King's College.	12 p. 100
Hotel-Dieu de Paris (1883)	13 p. 100
Laënnec (1883). . . . . , ...	11 p. 100

soit, en moyenne, 10,4 0/0 (1).

Si nous prenons d'abord le cube d'air respirable, cette condition expresse d'une bonne hygiène hospitalière, nous voyons que, dans les dix premiers hôpitaux, où la mortalité varie entre 13 et 31 0/0 (soit 22 0/0 en moyenne), l'espace attribué à chaque malade se meut entre 14 et 35 mètres cubes, ne dépassant guère 25 à 30 mètres en moyenne. C'est là une quantité de tous points insuffisante et personne n'osera contester le rôle capital joué par cette insuffisance d'air respirable dans la production de cette effroyable mortalité, surtout après la comparaison naturellement établie entre ces dix hôpitaux et les seize qui suivent.

Dans ces derniers, en effet (du n° 11 au n° 27), la mortalité moyenne variant entre 10 et 3 0/0 (au lieu de 31 à 13), le cube d'air se meut entre 40 et 100 mètres (2). Encore avons-nous un seul hôpital avec 40 mètres cubes seulement pour chaque lit, quatre avec 44, 45, 47 et 48 mètres; tous les autres comportent 50 mètres et au delà, plusieurs donnant même 60, 67 et jusqu'à 100 mètres cubes.

Les hommes compétents pourront trouver étrange mon insistance à cet égard. Mais quand on connait le fond des choses, lorsqu'on sait que dans l'administration même, beaucoup de gens persévèrent dans les anciens errements et se contentent, le cas échéant, de 30 mètres cubes par lit, on a le devoir d'accumuler les arguments pour convaincre ces obstinés. A part M. Rochard, qui accepte le *minimum* insuffisant de 45 mètres cubes (3), il y a aujourd'hui unanimité sur la question. M. le professeur

(1) Ces chiffres, comme ceux du tableau ci-contre sont calculés par rapport au total des existences au 1er janvier et des admissions dans le courant de l'année. Sans doute, on ignore le sort des restants au 31 décembre, mais on n'en obtient pas moins ainsi des résultats satisfaisants, surtout comme éléments de comparaison et je ne vois pour ma part aucun avantage sérieux à retirer du système en honneur actuellement à l'Assistance publique et qui consiste à diviser par le nombre des morts, le nombre des individus sortis par guérison ou par décès.

(2) Peu importe que dans les hopitaux mal aérés de la première série le cube d'air soit souvent en réalité plus considérable par le fait des lits vacants en plus ou moins grand nombre. La même chose se passe dans les autres hospices, le plus souvent, et la proportion demeure identique. Ce que l'on cherche à déterminer, c'est une moyenne, et, dans l'espèce un chiffre *minimum*, comme volume d'air disponible pour chaque lit.

(3) *Rapport à la Société de médecine publique sur la construction des hopitaux*, p. 12.

Sarazin, dans son remarquable travail sur la matière (art. hôpitaux, *nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*), conclut implicitement à un cube minimum de 60 mètres. Si le *Blackburn Hospital* (près Manchester) qu'il cite avec éloge, ne donne que 50, 74 m. cubes, ce chiffre relativement peu élevé est compensé, comme il le fait remarquer, par le petit nombre de lits; les plus grandes salles n'en renferment que huit et comportent dix fenêtres. L'architecte Saxon Snell donne l'indication de pavillons circulaires pouvant comporter de 70 à 90 mètres cubes par lit (1). « D'après ce qui se passe à l'infirmerie de Leeds, — le seul hôpital touchant lequel je sois complètement renseigné en ce qui concerne la capacité des salles, dit le Dr Tait dans son intéressante brochure (2), — je suis porté à déclarer que dans aucun cas il ne devrait y avoir plus d'un lit pour 150 pieds carrés et qu'à chaque lit devrait correspondre une capacité minimum de 3.000 pieds cubes. Dans les grands hôpitaux, surtout dans ceux qui sont affectés aux maladies zymotiques ou à la chirurgie, ou dans ceux ayant plus de deux étages, *cette capacité devrait être considérablement augmentée.* »

De fait, l'hôpital Saint-Thomas à Londres, comporte 68 mètres cubes par lit, le *Episcopal Hospital*, à Philadelphie, 70 mètres, les hôpitaux Saint-Mathieu à Pavie, et Saint-Louis, à Turin, 95 et 96 mètres (3). Chez nous, le « *Hertferd Hospital* », à Levallois-Perret, donne 65 mètres cubes; l'hôpital Bichat, 60 mètres, et l'hôpital Saint-Eloi, à Montpellier, 66 mètres cubes.

« Le véritable luxe d'un hôpital, disent excellemment MM. Napias et Martin (1), doit consister dans sa bonne exposition, dans l'ampleur des espaces superficiels et cubiques offerts aux malades et dans le renouvellement abondant de l'air. » Oui, « l'ampleur des espaces superficiels et cubiques », voilà bien la condition maîtresse et *sine qua non* d'une bonne hygiène hospitalière. Sans doute comme le font remarquer les savants auteurs précédemment cités, cette condition ne peut suppléer à une ventilation insuffisante; mais combien il est plus juste encore d'affirmer que la ventilation artificielle la mieux établie ne compensera jamais l'insuffisance de l'espace cubique, qui demeure l'élément premier et indispensable, sans lequel tous les autres sont dépourvus d'efficacité. Je partage d'ailleurs activement l'avis du Dr Sarazin sur la ventilation artificielle; rien ne peut remplacer l'ouverture des fenêtres, et si ce n'est dans les pays de l'extrême Nord, chez nous, dans les journées d'hiver exceptionnelles, une pareille ouverture momentanée est toujours possible et toujours salutaire. « On ne saurait trop insister, dit excellemment le Dr Sarazin, sur l'importance capitale de la ventilation naturelle au point de vue de la salubrité des salles d'hôpital. Confiants dans les moyens de ventilation artificielle, éblouis par les chiffres de 60, 80 et même 100 mètres cubes d'air à l'heure et par lit qu'elle peut obtenir, chirurgiens et médecins ont négligé la ventilation naturelle, et l'on

Numéros.	Années.	NOM de la Commmne.	NOMBRE de lits.	MALADES traités.	DÉCÈS.	RÉGIME.	CUBE par lit.	MORTALITÉ p. 100.	OBSERVATIONS.
1re SÉRIE. — (Cube d'air par lit : de 14 à 35 m. c. — Mortalité : de 31 à 13 p. 100).									
1	1882	Loudéac.	24	35	11	Mauvais.	25 mètres.	31.4	Hôpital-Hospice : 92 lits en tout.
2	1884	Beaulieu.	16	49	4	Très mauvais.	14	21.0	Hôpital-Hospice.
3	1884	Clermont.	105	93	19	—	33	20.0	Hôpital-Hospice : 268 lits.
4	1882	Chateaubriant.	20	64	12	Tr. mauvais ; 3 repas de viande par semaine.	35	18.7	Hopital-Hospice : 54 lits.
5	1884	Brive.	115	116	27	Insuffisant ; 120 gr. de viande par jour.	19 et 24	17.0	
6	1882	Dinan.	92	314	50	—	29	15.8	Hôpital-Hospice : 251 lits.
7	1882	Paimbœuf.	30	57	8	Médiocre.	35	14.0	Hopital-Hospice : 118 lits.
8	1884	Compiègne.	94	308	46	Mauvais.	33 et 52	14.0	Dans les grandes salles (avec 52 m. c par lit), il n'y a de fenêtres que *d'un seul côté*.
9	1884	Guise.	64	107	14	—	24 et 42	13.0	Hopital-Hospice : 106 lits.
10	1883	Clamecy.	25	105	15	Mauvais.	30	13.0	
2e SÉRIE. — (Cube d'air par lit : de 44 à 100 m. c. — Mortalité : de 10 à 3 p. 100).									
11	1884	Noyon.	28	130	14	Assez bon.	50	10.7	Hôpital-Hospice : 155 lits.
12	1883	Beaune.	138	775	84	Bon (266 gr. de viande par jour).	46 et 100	10.0	
13	1884	Soissons.	152	989	104	Bon (300 gr. de viande).	68 et 31	10.0	
14	1883	Nuits.	39	240	21	—	100 et 60	9.0	Hôpital-Hospice : 51 lits.
15	1883	Seurre.	36	178	15	Médiocre (157 gr. de viande).	100	8.0	Hopital-Hospice : 48 lits.
16	1884	Saint-Aignan.	25	122	10	—	51 et 45	8.0	Hopital-Hospice : 25 lits.
17	1883	Dijon.	290	2388	192	Assez bon (200 gr. de viande).	65 et 37	8.0	
18	1882	Baugé.	52	419	33	—	50	8.0	Hôpital-Hospice : 70 lits.
19	1884	Chateau-Thierry.	75	626	44	Bon (300 gr. de viande).	47	7.0	
20	1884	Blois.	220	1064	77	Bon.	67, 50 et 20	7.0	
21	1882	Angers.	520	2991	194	Bon.	40 et 35	6.5	
22	1884	Vendome.	129	466	31	Bon.	44	6.9	Hôpital-Hospice : 158 lits.
23	1884	Beauvais.	136	731	48	Bon (240 gr. de viande).	45	6.2	Aération parfaite par un grand nombre de fenêtres.
24	1882	Saumur.	149	1066	65	—	55	6.0	Hôpital-Hospice : 149 lits.
25	1884	Romorantin.	75	405	23	Bon.	48	6.0	Hopital-Hospice : 107 lits.
26	1884	Laon.	285	2427	74	Excellent (400 gr. de viande).	50 et 107	3.0	

(1) Saxon Snell. *Charitable and Parochial Establishments.* London, 1881, in-4.

(2) L. Tait, *loc., cit.*, p. 102.

(3) Cf. Dr J. Uffelmann. *Darstellung der auf dem Gebiete der offentlichen Gesundheitspflege*, etc. Berlin, 1878, et L. Degen. *Das Krankenhaus und die Kaserne der Zukunft.* Munchen, 1884, in-8.

(1) Napias et Martin. *L'Etude et les Progrès de l'hygiène en France.* Paris, 1884, 1 vol. in-8, p. 259.

peut dire hardiment que les hôpitaux les moins ventilés sont ceux où l'administration a dépensé, pour la ventilation, des sommes considérables. » (Sarazin, *art. cité*) (1).

Quoi qu'il en soit, et, comme en pareille matière, il vaut infiniment mieux dépasser le but que rester en deçà, nous dirons que, dans tout hôpital à construire, les autorités compétentes doivent exiger comme chiffre minimum 60 mètres cubes par lit pour les hôpitaux ordinaires, et 100 mètres pour les salles affectées aux maladies contagieuses.

Comme, d'autre part, l'air sera d'autant plus pur que le nombre des malades sera moins grand, — toutes proportions égales d'ailleurs — et les bâtiments plus disséminés, on devra préférer les pavillons isolés, avec un seul étage et 12 lits au plus par salle. Les fenêtres seront placées des deux cotés, en face les unes des autres, et il n'y aura qu'un lit par trumeau.

La seconde condition essentielle d'une bonne hygiène hospitalière, c'est le régime, la nourriture en quantité suffisante. Sans m'étendre sur ce sujet, je ferai pourtant remarquer comment, dans le tableau précédent, le régime insuffisant contribue presque toujours avec le cube d'air restreint, à faire hausser le chiffre de la mortalité. Dans l'hôpital n° 8, par exemple, et dans le n° 4, où l'on ne mange de la viande que trois fois par semaine, nul doute que ce régime déplorable ne tende à augmenter de la façon la plus fâcheuse le nombre des décès. A Laon (n° 26), où le cube d'air varie entre 50 et 107 mètres, et où chaque malade reçoit 400 grammes de viande par jour, la mortalité est de 3 0/0. J'admets que le chiffre de 400 grammes soit un peu au-dessus de la quantité indispensable ; dans tous les cas, les convalescents, et d'une façon générale les malades au régime complet dans un hôpital ou dans un hospice ne doivent pas recevoir moins de 300 grammes de viande *(avant préparation)*, par tête et par jour. Le professeur Carl Voit, dans ses très intéressantes recherches, s'appliquant à tous les établissements publics, y compris les prisons, considère le chiffre de 230 grammes comme la quantité tout à fait *minimum* de viande, rigoureusement indispensable pour la consommation journalière (2). Vu les restrictions et les lésineries spéciales, avec lesquelles il faut toujours compter et, comme d'autre part, ce n'est pas aux malades que l'on doit mesurer si parcimonieusement la nourriture, je considère le chiffre de 300 grammes comme devant, de toute nécessité, être imposé aux administrateurs des établissements hospitaliers. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE EXTERNE

Une observation de poly-adénome mammaire double. — Hypertrophie générale des mamelles ;

Par le Dr DESENNE (de l'Ile Maurice).

F. D..., âgée de 15 ans, est entrée à l'hôpital de Souillac (île Maurice), le 4 octobre 1881. Mulâtresse d'origine créole-indienne. Fille naturelle non reconnue de son père. Mère morte de maladie inconnue. Père, vieux rhumatisant. Elle n'a jamais entendu dire que dans sa famille il y ait eu personne atteint de maladie semblable à la sienne.

La malade est de bonne apparence et jouit d'une excellente santé. Si ce n'était l'énorme hypertrophie de ses mamelles elle se serait, suivant son expression, fort bien passée de médecin.

La malade n'a jamais été réglée. F. D... a commencé à s'apercevoir, il y a un an, que son sein gauche grossissait. Elle attribue le début de sa maladie à quelques forts accès de fièvre paludéenne, qu'elle a eus à ce moment-là. Le globe mammaire gauche était alors devenu un peu douloureux et rouge. Quatre mois après le sein droit a aussi commencé à grossir. Cette hypertrophie du sein droit a débuté de la même façon que celle du sein gauche, à l'exception, toutefois, d'un abcès qui a crevé tout seul et a rendu beaucoup de pus, au dire de la malade. On remarque, en effet, à la partie la plus déclive du lobe mammaire droit, une cicatrice irrégulière. La malade déclare qu'elle a eu, pour la première fois, des rapports sexuels à l'âge de onze ans, avec un jeune garçon de 4 ou 5 ans plus âgé qu'elle. Que ces rapports ont été continuels et presque journaliers pendant deux ans et demi. Que dès les premiers jours, ces rapports ont été complets et suivis de sensations voluptueuses aussi vives, prétend-elle, que celles qu'elle éprouve depuis qu'elle est grande. La malade n'avait, à cette époque, aucun indice de mamelles. Ce n'a été que trois ou quatre mois avant de commencer à être malade que les seins se sont développés chez elle et que le pubis s'est recouvert de poils. Les appareils et systèmes de la vie organique ne laissent rien apercevoir d'anormal, après examen minutieux et complet.



Fig. 49. — Malade avant l'opération.

Le sein *gauche* mesure, à sa plus grande périphérie, un pied neuf pouces français (1). Son pédicule mesure un pied trois pouces de circonférence. De la base du pédicule au mamelon 11 pouces et demi.

Le sein *droit* mesure, à sa plus grande périphérie, un pied 6 pouces et demi et le pédicule un pied 4 pouces.

(1) Cf. aussi l'intéressant travail du Dr Chassagne. *Les hôpitaux sans étages.* Paris, 1878.

(2) Prof. C. Voit. *Untersuchungen der Kost in einigen öffentlichen Anstalten.* Munchen, 1877, p. 52. — Cf. A. Gautier. Chimie appliquée à la physiologie, t. I, p. 97 sq.

(1) N'ayant pas de mètre à notre disposition à ce moment, toutes nos mesures à venir seront basées sur l'ancienne mesure française.

De la base du pédicule au mamelon 9 pouces et demi. (Voir *fig.* 49.)

Le 10 novembre 1881, assisté de mon confrère le Dr de Chasteauneuf, j'ampute le sein gauche. L'opération eut lieu sans difficultés ni péripéties. Le sein hypertrophié, mis dans la balance, pesait 3 kilog. 780 gr.

Comme presque tous les traumatismes chirurgicaux pratiqués sous notre climat mauricien, pas de fièvre traumatique et cicatrisation rapide, sans Lister rigoureux et à la suite d'un simple pansement phéniqué simple, malgré une crise d'hystérie pendant laquelle la malade défait son pansement et s'arrache quelques points de suture.

Le sein amputé présente à l'*examen macroscopique* une masse de tissus lardacés contenant de loin en loin quelques rares cavités kystiques renfermant un liquide gélatineux. A l'*examen microscopique*, après en avoir traité diverses parties par l'acide picrique, la gomme, l'alcool, et le picrocarminate, on trouve, à certains endroits, des glandes acineuses très hypertrophiées, pleines d'un liquide qui, sous l'action de l'acide osmique, donne les mêmes réactions que le liquide contenu dans les kystes signalés plus haut (un magma noir encre de Chine). Le tissu péri-glandulaire est en voie de prolifération.

Je revois la malade le 5 janvier 1882. Elle dit avoir observé que son sein droit avait augmenté de volume depuis l'amputation du sein gauche. En effet, à cette date du 5 janvier 1882, le sein droit mesure, à sa plus grande périphérie, un pied 11 pouces au lieu de un pied 6 pouces et demi. La base du pédicule est restée la même (un pied 4 pouces). De la base du pédicule au mamelon on mesure un pied 4 pouces au lieu de 9 pouces et demi.



Fig. 50. Après l'opération.

Le 9 janvier la malade, qui n'avait jamais été réglée, voit apparaître ses menstrues pendant trois jours pleins et avec une certaine abondance.

Le 16 janvier, mon confrère et ami Bolton ampute l'autre sein. Cette opération a été aussi simple que la première. Cicatrisation aussi rapide. Nouvelle crise d'hystérie pendant laquelle la malade défait encore son pansement et arrache aussi quelques sutures. Le tout sans conséquence aucune encore. Le sein amputé pesait trois kilogr. 825 grammes (*voir fig.* 50).

Le 5 mars suivant, F. D. voit apparaître ses règles pour la seconde fois et depuis cette époque jusqu'en mai 1884 elle a toujours été menstruée à date fixe pendant trois ou quatre jours à chaque fois.

F. D. est accouchée en février 1885 (deux heures en mal d'enfant) d'un garçon à terme parfaitement constitué. L'enfant a succombé trois mois après sa naissance d'une entéro-colite. Un mois après ses couches F. D. a recommencé à être réglée à nouveau. Elle est aujourd'hui (10 mars 1886) enceinte de 6 mois.

F. D. m'a fait remarquer à la partie inférieure de la cicatrice de son sein gauche, une tumeur de la grosseur d'une demi-orange. Cette tumeur est indolore et rénitente. F. D. prétend que déjà, au moment où elle était au troisième mois de sa première grossesse, cette tumeur est apparue une première fois pour disparaître complètement au moment où ses règles sont réapparues après ses couches.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Note sur les sillons diaphragmatiques du foie ;

Par le Dr **J. SÉGLAS** (1).

Depuis quelque temps, j'avais été frappé, en assistant aux autopsies faites à l'amphithéâtre de la Salpêtrière de la fréquence assez grande de plis et de sillons antéro-postérieurs sur la surface du foie. J'en ai recueilli quelques exemples que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société anatomique. Grâce à l'obligeance de M. Ch. Féré, j'ai pu, d'autre part, compulser les registres d'autopsies depuis 1881 et ces recherches me serviront aussi bien pour la description que pour l'explications de ces déformations.

En dehors des déformations dues à l'augmentation de volume du foie dans certaines maladies et que nous laissons de côté, on n'a guère signalé jusqu'ici, au moins en France, que les empreintes produites par les côtes ; les bulletins de la Société en renferment un assez grand nombre d'exemples ; ces déformations ont été expliquées par l'action de pressions extérieures, en particulier du corset. Mais à côté de celles-là, il en est d'autres qui méritent aussi de fixer l'attention. Ce sont des dépressions, des empreintes plus ou moins profondes, longitudinales, dirigées dans le sens antéro-postérieur. Parfois, on trouve de véritables sillons atteignant jusqu'à 1 cent. de profondeur ; entre les sillons, le tissu hépatique forme une saillie dirigée dans le même sens et de hauteur proportionnelle. Le nombre de ces sortes de plis ainsi formés peut s'élever jusqu'à 6 ou 7. Ils siègent toujours sur la face convexe du foie, sur le lobe droit et sont en général plus accentués à leur partie postérieure. Le siège et la direction de ces déformations les distinguent déjà de celles qui sont produites par les côtes, siégeant généralement à la partie latérale droite ou antérieure, vers le bord tranchant et suivant un trajet transversal ou oblique. Elles sont aussi beaucoup moins profondes. Ajoutons qu'à leur niveau, on constate ordinairement de la périhépatite, tandis que ce fait est exceptionnel au niveau des plis antéro-postérieurs. Sur les foies où l'on rencontre les deux ordres de déformations, cette particularité est facile à constater. Enfin, on peut parfaitement juxtaposer aux côtes les impressions qu'elles ont

(1) Communication à la *Société anatomique*, séance du 5 mars 1886.

produites, tandis que pour les plis que nous étudions, cela est impossible, et ce point est important à constater au point de vue de la pathogénie.

C'est là, en effet, le côté obscur de la question, aussi, nous semble-t-il bon de rappeler brièvement les opinions émises à ce sujet.

Cruveilhier (1) considère les sillons comme résultant des plis du diaphragme quand le foie est fixé contre eux par une pression venant du dehors (corset.) Liebermeister (2) distingue nettement les sillons costaux et les *sillons expiratoires*; tous deux se rencontrent quand le diaphragme est moins mobile, qu'il est abaissé; mais si la gêne de l'inspiration et de l'expiration peut former des sillons costaux, les sillons expiratoires ne se produisent que quand il y a une gêne excessive de l'expiration et par l'action vigoureuse des muscles transverse et oblique de l'abdomen Klebs (3). accepte cette explication pour les sillons expiratoires qu'il appelle *plis longitudinaux*. Zahn (4) considère que ces déformations ou *sillons diaphragmatiques*, coïncident avec des affections surtout chroniques des voies respiratoires. C'est d'abord l'inspiration qui est gênée, le diaphragme alors subit une sorte d'hypertrophie principalement à ses insertions costales qui s'impriment à la surface du foie; puis l'expiration devenant à son tour difficile, la pression abdominale intervenant, les intestins seront poussés contre le diaphragme, et la partie convexe du foie se moulera sur les plis saillants diaphragmatiques. Les pressions que le foie subit ainsi dans tous les sens le plissent alors et augmentent les sillons.

Cette explication nous paraît être satisfaisante au moins dans la grande majorité des cas. Ces sillons du foie, comme on peut le voir sur nos pièces, sont bien formés par les plis diaphragmatiques : qui s'y adaptent parfaitement, dans certains cas même le foie est adhérent au diaphragme. Cette pression du diaphragme sur le foie est évidemment favorisée par les troubles de l'appareil respiratoire. Les chiffres suivants permettront de juger de leur fréquence et de leur importance. Sur 58 observations que nous avons relevées, 5 fois seulement les poumons ont été trouvés sains. Sur les 53 cas restants, on a noté 29 fois de la pleurésie, 1 fois un hydrothorax, 24 fois de la congestion pulmonaire, 22 fois de la pneumonie, 8 fois de la broncho-pneumonie, 4 fois de la bronchite chronique, 3 fois de l'emphysème, 2 fois de la tuberculose. Ces lésions étaient combinées de différentes manières dans 36 cas. Sur les 17 autres cas, 6 fois les lésions étaient doubles, c'était : hydrothorax 1, congestion pulmonaire 2, broncho-pneumonie 3. Les lésions siégeaient à droite seulement, 5 fois : pneumonie aiguë et chronique 4, broncho-pneumonie, 1. A gauche seulement 6 fois : pneumonie 4, congestion pulmonaire 1, pleurésie avec épanchement et adhérences, 1.

Les troubles de l'appareil respiratoire, qu'ils soient primitifs ou secondaires, semblent donc bien jouer un rôle important et même quand ils ne siègent que d'un côté et à gauche on peut admettre encore l'action ou directe ou par suppléance des efforts énergiques du diaphragme.

Mais nous avons vu qu'il est des cas, rares il est vrai, où l'appareil respiratoire fonctionne régulièrement : quelle explication donner alors, autre que celle des pressions extérieures imaginée par Cruveilhier: Zahn rejette l'action du corset parce qu'il dit que ces plis sont plus fréquents chez les hommes ; nos observations ayant été prises dans un asile de femmes, nous pouvions invoquer l'abus du corset. Mais, même chez l'homme, il peut se faire que par suite d'une pression exercée par une ceinture trop serrée le foie se trouve fixé et que dans les mouvements d'inspiration, ne pouvant plus s'échapper sous la pression du diaphragme, il en subisse les effets, c'est-à-dire l'impression de ses plis. Quelque insuffisante que puisse paraître cette explication elle nous semble la seule plausible ; et ce qui, à notre avis, peut lui donner quelque poids, c'est le fait de la coïncidence avec les plis longitudinaux, des sillons costaux toujours dus à l'influence de pressions extérieures.

En résumé, nous admettons l'influence prépondérante des affections des voies respiratoires sur la genèse des plis respiratoires du diaphragme, et par suite des sillons diaphragmatiques du foie ; mais à côté, nous pensons qu'il ne faut pas absolument rejeter l'intervention possible de pressions extérieures agissant pour fixer le foie contre le diaphragme.

Avant de terminer, nous rappellerons que Zahn admet une influence réciproque du foie sur le diaphragme entraînant, dans la suite, la dégénérescence des fibres de ce muscle, surtout dans les points primitivement hypertrophiés. Nous avons bien trouvé aux environs des sillons du foie des sortes de traînées jaunes sur le diaphragme et qui pourraient être des faisceaux musculaires dégénérés; mais leur situation n'était pas régulière dans les points indiqués par l'auteur suisse; et l'explication qu'il en donne ne nous paraît pas démontrée absolument. On pourrait aussi bien admettre qu'une lésion dégénérative de certains groupes de plis musculaires diaphragmatiques, de cause quelconque, puisse déterminer secondairement sur le foie, par inégalité de pression, les déformations que nous venons d'étudier (1).

(1) Cruveilhier. *Anat. pathol.*, liv. 29. Pl. 4, p. 1.

(2) Liebermeister. *Beiträge zur path. Anat. et Klin. d. Leberkrank.* Tubingen, 1864.

(3) Klebs. *Handb. der path. Anat.*, p. [illegible].

(4) Zahn. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 188.., p. 19.

(1) Voir aussi sur cette question : Bourneville et Bricon, *Manuel de technique d'autopsies*, p. 111.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le laboratoire de bactériologie.

La marche en avant du progrès qui, en médecine, nous a montré dans un grand nombre de maladies le *quid divinum* cédant la place à l'agent infectieux, réclamait impérieusement, dans notre première Faculté, la création d'un laboratoire de bactériologie.

Il n'est pas dans notre pensée de dire que ces études spéciales fussent négligées. Tant dans les laboratoires dépendant de la Faculté que dans ceux d'éminents chefs de service, sont nés des travaux dont nous pouvons être fiers à plus d'un titre. Il nous suffira de citer les noms de Bouchard et Charrin, Malassez et Vignal, H. Martin, Straus, etc., et enfin, de mentionner le livre si remarquable de M. Cornil, pour prouver que les efforts sont loin d'être restés stériles.

Entre tous, le savant professeur d'anatomie pathologique a pris à cœur de vulgariser la doctrine qu'il croit à juste titre être la véritable. Les laboratoires particuliers ne pouvaient s'ouvrir qu'à un petit nombre de privilégiés et pour des recherches spéciales supposant déjà une éducation particulière suffisamment complète. Ce n'était pas assez, d'autant qu'il n'existait nulle part un centre d'enseignement où l'on put acquérir spécialement cette instruction première. Et, M. Cornil ne voulait pas que les élèves désireux de parvenir à un degré supérieur de savoir fussent obligés d'aller chercher ailleurs qu'en France des notions, qu'il jugeait être de premier ordre pour ceux que la pratique médicale ne doit pas absorber tout entiers. C'est alors qu'il résolut de fonder la présente institution.

Deux de ses élèves, MM. Chantemesse et Clado, que des travaux antérieurs entrepris, tant dans son laboratoire que dans celui de M. Damaschino à l'hôpital Laënnec, désignaient plus que suffisamment, étudièrent la question, et, afin d'assurer à la nouvelle création une prééminence marquée sur les similaires, ils ne ména-

gèrent ni leur temps ni leur peine, visitant les Facultés étrangères et faisant leur profit de toutes les bonnes innovations. Nous allons voir si les résultats ont répondu à leur attente.

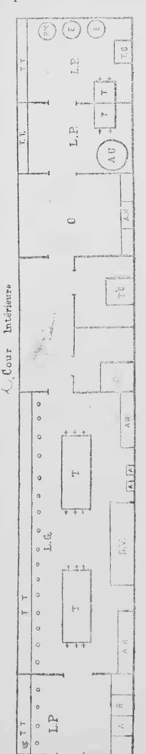


Fig. 51 — LG. Laboratoire général. — LP. Laboratoires particuliers. — O. Office. Laverie. — TT. Tables de travail. — T. Tables avec robinets et armoires. — AR. Armoires. — SV. Stérilisateurs à vapeur. — AA. Stérilisateurs à air sec. — AU. Autoclave. — E. Etuvier d'Arsonval. — TC. Etuves à température constante. — PM. Pompe à mercure pour cultures dans le vide. — G. Glacière. — o. Sièges.

Restaient à régler les détails d'organisation. Le laboratoire dépendrait évidemment de la chaire d'anatomie pathologique, mais, comme les ressources de cette chaire sont fort restreintes, où trouver les fonds nécessaires pour l'installer et le faire vivre? Il était bien probable que si l'on avait attendu son inscription directe au budget de l'Ecole, la bactériologie fut restée fort longtemps sans asile. Toutefois, se disait le professeur, si l'on pouvait trouver un local, les difficultés s'aplaniraient bien vite, car il savait parfaitement que les démonstrateurs qui, sous sa haute direction, enseigneraient aux élèves, n'avaient jamais cru, pas plus que leurs collègues des autres laboratoires, s'enrichir en acceptant ces nouvelles fonctions.

Après beaucoup de démarches, on obtint enfin des augures qui président depuis si longtemps aux destinées architecturales de l'Ecole pratique, qu'ils voudraient bien, pour une fois, presser leurs ouvriers et, au commencement de cette année, on se trouva en possession d'un local, nous devons le dire, parfaitement convenable en tous points, qu'on s'empressa d'aménager et dont suit la description calquée sur le plan que nous reproduisons ci-contre (*fig.* 51).

Le nouveau laboratoire est situé dans l'aile gauche des bâtiments de la nouvelle Ecole Pratique, dont il occupe une partie du deuxième étage. Il est tout en longueur et sa façade donne tout entière sur une grande cour intérieure dont il n'est séparé que par un immense vitrage permettant le plus large accès à la lumière. On entre d'abord dans un laboratoire particulier réservé aux anciens élèves qui voudront faire des recherches spéciales. Suit une très vaste salle qui n'est autre que le laboratoire général; puis viennent un office-laverie et les laboratoires des deux démonstrateurs. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la légende qui accompagne notre dessin pour remarquer que l'installation est aussi complète qu'on le peut désirer. Chaque élève occupe une large place à une table qui règne tout le long du vitrage. Cette table est pourvue d'un tiroir fermant à clef, et chacun possède également une armoire dans laquelle il dépose le soir tout ce qui lui appartient. Tout est utilisé, aucun coin n'est perdu et nous ne pouvons que féliciter hautement les organisateurs. Ajoutons encore que le laboratoire dispose dans le sous-sol de cages pour les inoculations et d'un emplacement pour les expérimentations. Nous n'hésitons pas à le dire, et d'après l'avis des hommes les plus compétents en la matière, ce laboratoire, né d'une initiative particulière, peut rivaliser en tout point avec les établissements les plus officiels de la France et de l'étranger.

Comme il n'existe que 16 places dans la grande salle, les élèves sont divisés en séries de 16, nombre d'ailleurs suffisant pour deux démonstrateurs. Après cinq à six semaines d'exercice, ils devront être suffisamment instruits pour céder leur place et travailler par eux-mêmes. Trois fois par semaine, l'un des démonstrateurs fait de 1 à 3 heures, un cours théorique, et tous les deux et tous les jours exercent individuellement les élèves aux manipulations. Ceux-ci peuvent venir facultativement au laboratoire le matin, mais ils sont obligés de s'y rendre tous les jours de midi à 5 heures, sous peine d'être rayés, et, comme les demandes dépassent considérablement le nombre des places, aucun d'eux ne s'expose à pareille mésaventure. D'ailleurs, il est facile de comprendre que ceux qui viennent suivre ce cours d'un ordre relativement élevé, ne sont pas des paresseux. La première série est composée presque exclusivement d'internes ou d'anciens internes candidats au Bureau central, et de médecins étrangers de diverses nationalités qui se sont empressés de venir bénéficier d'une semblable institution. Enfin, comme on le dit vulgairement, chacun en veut pour son argent, car le laboratoire n'ayant aucunes ressources et fournissant gratuitement nombre de choses, il était juste d'exiger une rétribution qui telle qu'elle est ne sera jamais taxée d'exagération.

Chaque élève reçoit en s'installant une série d'objets consignés sur la liste suivante et qu'il doit rendre en bon état à sa sortie :

Liste des objets que le laboratoire d'anatomie pathologique met à la disposition des médecins pendant la durée d'un cours pratique :

1 grand entonnoir.
3 petits id.
1 grand vase cylindrique.
3 petits vases cylindriques (verres).
1 grand ballon.
1 moyen ballon.
10 petits ballons.
1 appareil en bois pour contenir 48 éprouvettes.
5 cloches de verre.
25 plaques de verre.
1 boîte de tôle pour stériliser.
25 supports en verre.
8 flacons contenant des matières colorantes, réunis sur une planchette.
1 bec de Bunsen.
1 grand flacon rempli d'eau distillée.
1 grand cristallisoir pour le nettoyage des lamelles, etc.
1 grand cristallisoir avec couvercle rempli de liquide désinfectant.
1 petit cristallisoir avec couvercle rempli d'eau phéniquée.
4 verres de montre.
3 cristallisoirs couverts.
3 godets couverts
2 baguettes de verre.

Liste des objets que les médecins devront se procurer pendant la durée du cours pratique (1).

Ouate.	Scalpels.
Papier filtre.	Aiguilles à dissocier.
Viande.	Couteau à pommes de terre.
Gélatine.	Etiquettes.
Peptone.	Crayons.
Agar-Agar.	Serviettes ou tabliers.
Fils de platine.	Brosse à pommes de terre.
Lames.	Balais de crins pour le nettoyage de la verrerie.
Lamelles.	
Lames creuses.	Essence de térébenthine.
Alcool.	Essence de girofle.
Pinces, petite et grosse.	Baume de Canada.
Ciseaux.	Eprouvettes.

Il n'est pas besoin d'ajouter qu'ils ont dû se pourvoir eux-mêmes d'un microscope et des objectifs nécessaires aux examens bactériologiques.

Telles sont, exposées en quelques lignes, les considérations qui ont provoqué la création de ce laboratoire et les dispositions qui ont présidé à son installation. Nous ne saurions qu'y applaudir et féliciter hautement M. Cornil de son heureuse décision. En permettant à ses deux élèves, MM. Chantemesse et Clado de le fonder, il n'a affaibli ni son autorité ni le prestige si justement consacré qui s'attache à son nom : il les a simplement étendus. Le succès immédiat qui a accueilli la nouvelle création est la meilleure garantie que le professeur a été bien inspiré non seulement en instituant ce laboratoire, mais surtout en confiant sa direction à deux élèves très sympathiques et en tous points dignes d'un tel maître.

GILLES DE LA TOURETTE.

Publicité des séances du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Il paraît que plusieurs membres de ce Conseil ont demandé à l'Administration d'avoir un compte rendu imprimé des séances. Cette excellente idée n'aurait pas obtenu l'approbation unanime. On nous dit même que, en haut lieu, on y ferait une opposition très vive. Il s'agit là cependant d'une mesure extrêmement utile et dont l'importance a été reconnue il y a bien longtemps. Les Administrateurs de l'*Hospice de Charité*, par exemple, s'exprimaient ainsi au début de leur compte rendu de l'année 1780 :

« L'assurance de la publicité est une seconde conscience ; comme la première, elle nous afflige ou nous console. Les âmes honnêtes, sans chercher l'éclat dans leur conduite, voudraient cependant que toutes leurs actions particulières fussent bien connues pour être mieux jugées ; mais ce désir et ce sentiment doivent être plus vifs encore dans les personnes chargées de quelque fonction publique, et dans celles, surtout, qui gouvernent l'étroite fortune du pauvre ; *elles ne peuvent appeler trop de témoins de l'usage qu'elles font de ce dépôt sacré* et du soin qu'elles mettent à en multiplier l'utilité par une sage et vigilante économie..... »

On ne saurait mieux et plus simplement justifier la publicité des travaux du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. Sous ce rapport, ce Conseil est inférieur à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés qui, depuis 1874, possède des procès-verbaux autographiés ou imprimés (1881).

La nécessité de la publicité est pourtant plus nécessaire encore pour le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, que pour la Commission des asiles, car le nombre des affaires dont il s'occupe est beaucoup plus considérable ; le budget de l'Assistance publique égale 5 ou 6 fois celui des asiles d'aliénés. De plus, tandis que la Commission des asiles appelle à ses séances les directeurs et les médecins des asiles, le Conseil de l'Assistance publique les écarte complètement et ses membres, lorsqu'ils visitent les hôpitaux, évitent avec le plus grand soin de se mettre en rapport avec les médecins. La publication des procès-verbaux de ce Conseil est donc indispensable. Il conviendrait même de donner à ses travaux la publicité du *Bulletin municipal*. Grâce à cette mesure, tout le monde saurait plus exactement ce qui se passe dans ce Conseil et il est bien probable que certains membres se montreraient beaucoup plus réservés lorsqu'il s'agit de combattre des réformes réclamées pour le soulagement des malheureux, obligés de recourir à l'Assistance publique. Dans un pays de suffrage universel, comme le nôtre, il ne faut pas oublier que la publicité est la sauvegarde des intérêts du peuple.

(1) Ces divers objets peuvent être achetés au garçon du laboratoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 *juin* 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. JUDÉE lit une note sur l'action du système nerveux sur la circulation cardiaque.

M. DUPUY présente le chien dont il a parlé dans la précédente séance et auquel il a enlevé les centres psychomoteurs.

M. LABORDE croit remarquer que ce chien présente une certaine parésie accompagnée de désharmonie dans les mouvements.

M. DUPUY a enlevé complètement le cervelet à un chien qui présente les phénomènes dit de manège, mais qui survivra probablement à sa lésion :

M. QUINQUAUD remet une note de M. ŒCHSNER DE CONINCK sur les alcaloïdes que l'auteur divise en deux catégories, les rapprochant ainsi de la série pyridique et de la série quinoléique.

M. FRANK remet une thèse de M. LOUGE sur le *pouls puerpéral physiologique*.

M. WERTHEIMER envoie une réclamation de priorité.

La Société se forme en comité secret à 5 heures 1/4.

Communication. — La société de biologie rappelle que le Prix Ernest Godard, dont la valeur est de 500 francs, sera donné dans le courant du mois de janvier 1887 « à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la Biologie. »

Les mémoires peuvent être envoyés au secrétaire général de la société de Biologie jusqu'au 30 août 1886.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 *juin.* — PRÉSIDENCE DE M. U. TRÉLAT.

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pour prendre connaissance des rapports de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national (1re division) et de M. Lannelongue sur les candidats au titre d'associé étranger.

Pour les correspondants nationaux la liste a été ainsi dressée : en première ligne, M. Diday (de Lyon) ; en deuxième ligne, ex æquo, MM. Grasset (de Montpellier) et Mahé (de Constantinople) ; en troisième ligne, ex æquo, MM. Mandon (de Limoges), Picot (de Bordeaux) et Trélat (de Luxeuil).

Pour les associés étrangers la liste de présentation est la suivante : en première ligne, M. Michaux (de Louvain) ; en

deuxième ligne, ex æquo, MM. Ch. West (de Londres) et Van Beneden. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 *mars* 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

6. Coxalgie ancienne. — Redressement et immobilisation dans une bonne position. — Méningite tuberculeuse. — Tuberculose miliaire généralisée. — Mort. — Autopsie; par le Dr F. VERCHÈRE, chef de clinique.

J... Eugène, âgé de 16 ans, est petit, maigre, néanmoins l'état général est excellent. Il va, vient, malgré l'affection de sa hanche droite. Celle-ci, depuis 20 mois, est atteinte de douleurs violentes, survenant à intervalles irréguliers. Dès le début de l'affection le membre inférieur prend une position fixe, le moindre mouvement réveille des souffrances très vives : l'adduction et la demi-flexion sont notables, et il est impossible de songer à mettre un appareil sans chloroforme. On décide le malade à entrer à l'hôpital le 19 décembre 1885. Il est couché au lit n° 57, salle Michon, hôpital de la Pitié (service de M. Verneuil). A l'auscultation on ne trouve aucun signe de tuberculose pulmonaire, l'état général est excellent, le petit malade est gai, a bon appétit et il est convenu que dès qu'il aura son appareil il retournera chez ses parents. — La température prise chaque jour, matin et soir, oscille entre 37 et 37.5 soir. Aucune apparence de fièvre.

Le 24 décembre, sous le chloroforme, on redresse le membre avec la plus grande facilité. Il n'est nullement besoin de faire effort et tout doit faire supposer que l'on avait affaire surtout à de la contracture musculaire. Néanmoins, M. Monnier, interne du service, qui fit ce redressement, dit avoir perçu, à un moment, un petit craquement au niveau de l'articulation de la hanche. — Le soir de l'opération aucun phénomène particulier. Mais le lendemain matin la température est subitement montée à 40°. Le pouls est rapide, 130 pulsations. Le petit malade se plaint de douleurs de tête violentes ; de plus, dans la journée, apparaissent des vomissements. Ceux-ci sont peu abondants, bilieux, se produisent sans grand effort. Aucun trouble du côté des pupilles. Abattement très marqué. Le 25 au soir le thermomètre atteint 40,6 ; l'indifférence est plus marquée, le pouls très rapide devient irrégulier ; à certain moment on note une véritable pause du cœur. — Les nausées ont remplacé les vomissements.

A partir de ce moment les phénomènes ne s'amendèrent plus. — La température resta élevée, subissant parfois de grandes oscillations : nous la donnons immédiatement afin qu'il soit possible de se rendre compte exactement des différentes phases de l'affection.

	M.	S.		M.	S.		M.	S.
24 déc.	37,4	37,8	21 janv.	36,8	39,5	18 févr.	37,[illegible]	38,2
25 —	40,1	40,8	22 —	38,	38,2	19 —	37,	38,
26 —	38,2	38,7	23 —	37,2	38,5	20 —	36,9	38,2
27 —	37,6	39,2	24 —	36,8	39,	21 —	36,6	37,2
28 —	38,2	39,4	25 —	37,3	38,8	22 —	36,8	38,
29 —	36,2	39,2	26 —	36,8	38,6	23 —	37,6	38,2
30 —	38,2	39,4	27 —	37,3	38,4	24 —	37,4	38,3
31 —	30,2	39,4	28 —	37,8	38,4	25 —	37,2	38,4
1er janv.	39,	39,2	29 —	36,8	38,4	26 —	37,5	38,4
2 —	38,4	39,	30 —	36,5	39,5	27	37,6	39,
3 —	37,3	38,6	31 —	37,4	38,2	28 —	37,2	38,2
4 —	37,	39,8	1er févr.	37,	38,6	1er mars	37,8	39,
5 —	37,8	38,1	2 —	37,	38,4	2 —	38,8	39,4
6 —	35,6	38,4	3 —	36,6	37,3	2 —	37,	38,4
7 —	37,4	37,8	4 —	37,	38,	4 —	37,5	38,3
8 —	37,2	38,6	5 —	26,6	38,2	5 —	38,2	38,7
9 —	37,2	38,6	6 —	37,	38,4	6 —	38,9	39,
10 —	36,4	38,	7 —	36,8	37,8	7 —	37,9	38,2
11 —	37,4	39,	8 —	36,8	38,	8 —	39,	39,8
12 —	37,6	38,2	9 —	36,4	37,6	9 —	39,2	38,8
13 —	37,4	38,8	10 —	36,8	37,7	10 —	38,2	38,5
14 —	37,5	39,2	11 —	36,5	37,9	11 —	38,9	39,
15 —	37,4	39,5	12 —	36,6	37,8	12 —	38,	38,2
16 —	37,1	38,8	13 —	37,6	37,8	13 —	38,4	39,2
17 —	37,1	39,6	14 —	36,9	37,9	14 —	38,9	39,
18 —	37,1	38,8	15 —	37,2	37,8	15 —	39,	39,4
19 —	37,2	38,2	16 —	37,2	37,4	16 —	38,8	38,7
20 —	37,	38,	17 —	36,6	38,2	17 —	38,8	38,4

Pendant les 10 jours qui suivirent le redressement de l'articulation les phénomènes cérébraux persistèrent. La respiration de Chênes Stokes était des plus typique. Les nausées qui avaient remplacé les vomissements, l'irrégularité du pouls, les pauses passagères du cœur, la contraction idio-musculaire du biceps, l'anéantissement et l'indifférence du malade survenus dès le lendemain de la mise de l'appareil ne permettaient pas de diagnostiquer autre chose qu'une lésion cérébrale. L'ensemble symptomatique était évident et il était difficile de s'y tromper.

Mais lorsque vers le 10e jour on vit ces phénomènes s'amender, que la respiration de Chenes-Stokes disparut, que la céphalalgie n'existe plus, que le malade, malgré la persistance de l'anéantissement, recommença à s'alimenter, le diagnostic fut pour quelques personnes hésitant, il était alors difficile de se rallier à l'idée d'une méningite puisqu'elle n'était pas notable.

La température restant irrégulière, la fièvre, le soir, faisait monter le thermomètre toujours au-dessus de 38, on rechercha avec grand soin aussi du côté des viscères ; il fut, à cette époque, impossible de trouver quelque lésion permettant d'expliquer la fièvre vespérale.

Ce n'est que vers le 26 février, deux mois après le début des accidents, alors que le petit malade était déjà amaigri, anorexique, que l'on commença à percevoir des phénomènes pulmonaires. Ceux-ci se signalèrent par des points de côté irréguliers, intermittents, survenant sans cause, en différents points du thorax, tantôt vers la partie inférieure, tantôt entre les deux épaules ; à ces phénomènes douloureux se joignit bientôt de la toux, peu marquée, revenant par petites quintes. Celle-ci ne s'accompagnait pas d'expectoration ; jamais il n'y eut d'hémoptysie. A la percussion on trouvait, le 26 février, au sommet droit, des signes d'induration, souffle très marqué, et à la percussion matité descendant jusqu'au niveau du mamelon en avant jusqu'à l'angle de l'omoplate en arrière.

Dès ce moment, les phénomènes thoraciques s'accentuèrent.

Ils se généralisèrent, et à l'examen des courbes thermométriques on peut constater qu'à partir de cette époque la température, le soir, dépassait toujours 38 le matin et atteignait 39 le soir. A ce moment encore apparaissent des phénomènes du côté des reins. Douleurs lombaires à la pression et spontanément, l'examen des urines révèle une albuminurie abondante. Tout pouvait alors faire reconnaître une tuberculose généralisée. Le malade alla en s'affaiblissant progressivement jusqu'au 17 mars et s'éteignit sans souffrance ; maigri, épuisé. L'autopsie, faite le 19 par M. le Dr Monnier, ancien interne du service, montra des lésions en rapport avec ce qui avait été reconnu pendant l'existence.

Dans les pièces présentées par M. Demars il est impossible de trouver une tuberculose plus répandue que celle trouvée dans cet examen cadavérique, et il nous faut examiner les uns après les autres ces organes pour rendre compte exactement de l'état dans lequel ils furent trouvés.

Le cerveau, à sa surface, ne présentait aucune lésion, mais à la coupe, en nombre de points on trouvait de petites saillies grises, perceptibles au doigt et à l'œil qu'il était facile de reconnaître pour des granulations miliaires. En aucun point elles n'étaient confluentes, en aucun point on ne trouvait de tubercules ramollis ou caséifiés. Les méninges présentaient, surtout à la base, les lésions de la méningite tuberculeuse : au niveau du chiasma, on pouvait voir une sorte d'épaississement séro-fibrineux ; dans les scissures existaient des adhérences très solides ; enfin, à la surface supérieure du cervelet, et en plusieurs points de la convexité du cerveau, on trouvait des plaques de granulations, exemples de ce qu'a si exactement décrit Chantemesse dans une thèse récente. L'épanchement dans les ventricules était à peine sensible de même qu'à la périphérie de l'encéphale.

Les poumons n'existaient plus à proprement parler ; ils étaient tout entiers remplacés par les granulations miliaires, celles-ci étaient à ce point abondantes, qu'il était très diffi-

cile, sinon impossible de retrouver normal un point si petit qu'il soit du parenchyme pulmonaire. En aucune région, on ne découvrit de ramollissement ou de caverne. C'était partout la granulie, jaune, rapide, totale.

Le foie était parsemé dans toute son étendue de granulations grises analogues. La rate était elle aussi tranformée en un amas de tubercules gris. Les saillies étaient peu marquées; et si en regardant légèrement on eut pu les confondre avec des glomérules, elles étaient tellement nombreuses, qu'elles infiltraient tout l'organe et remplaçaient presque en totalité le tissu normal.

Le cœur lui-même n'était pas exempt de cet envahissement et en nombre de points, aussi bien au niveau du péricarde viscéral que du péritoine pariétal, il était possible de retrouver nombre de granulations grises.

Réflexions. — Cette longue observation peut se passer en grande partie de commentaires, néanmoins il nous faut mettre en relief certains points importants.

Il est évident, étant donnée la soudaineté des accidents à la suite du redressement, même fait sans effort, effectué sur une articulation malade, que celui-ci a été cause de la généralisation tuberculeuse; faut-il admettre un tubercule cérébral ou viscéral antérieur qui aurait reçu un coup de fouet sous l'influence d'un léger traumatisme? La meilleure réponse que l'on puisse faire à cette opinion est l'examen des pièces soumises à la Société anatomique. En aucun point on ne trouve de tubercules anciens; partout c'est du tubercule jeune, du tubercule miliaire, nous n'osons pas dire du tubercule d'inoculation.

Un autre fait se dégage encore de l'étude de notre malade, fait du reste déjà mis en lumière par le travail de Chantemesse, c'est la possibilité de la méningite lente, pouvant durer plusieurs mois. Il est impossible en effet de ne pas reconnaître qu'au début les premiers accidents présentés par notre malade ne furent pas des accidents cérébraux, et néanmoins, ces accidents s'amendèrent, ou tout au moins furent effacés par les symptômes plus bruyants de la généralisation ; ce n'est pas de sa méningite prolongée que le petit malade est mort, mais bien de granulie pulmonaire.

7. Adénite sous-maxillaire gauche simple, hypertrophique ; lymphadénome; par M. A. Demars, interne des hôpitaux.

La nommée G... Henriette entre le 24 février 1886 dans le service de M. le professeur Verneuil pour une adénite sous-maxillaire gauche qu'elle portait depuis 7 ans et demi.

La malade a 16 ans.

Elle est née au Chili, et n'habite Paris que depuis 4 ans ; ses parents sont bien portants ; elle a 3 sœurs qui n'ont jamais été malades. Réglée à l'âge de 15 ans, elle l'est depuis régulièrement; les menstrues durent trois à quatre jours. Pas de pertes blanches. Vers l'âge de 9 ans, l'oreille gauche a coulé, et c'est à ce moment que son ganglion sous-maxillaire a apparu. Pas de kératite. Diminution persistante de l'ouïe à gauche,

Les ganglions ont continué à grossir depuis 7 ans, et, au dire de la malade, ils semblaient diminuer de volume pendant la saison chaude. On lui a fait des applications fréquentes de pommade mercurielle, de laine de mouton grasse.

A l'examen de la région sous-maxillaire gauche, on voit une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, dure, glissant facilement sous la peau ; jamais de douleur pendant le cours de la maladie. Pas d'autre engorgement ganglionnaire (aisselle, parotidiens, sous-occipitaux, inguinaux). *Aucune trace de syphilis.* M. Verneuil porte le diagnostic d'adénite simple, ressemblant aux cas qui ont été publiés par lui en 1854 dans la *Gazette hebdomadaire*.

L'opération est faite le 3 mars 1886. On pratique une incision horizontale au-dessous du bord inférieur du maxillaire, longue de 10 à 12 centimètres; on peut énucléer facilement quatre à cinq petits ganglions remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire; aucune adhérence avec les tissus voisins. Réunion par première intention avec six points de crins de Florence. Drainage. Pendant l'opération on coupe les fibres antéro-inférieures du muscle peaucier; d'où élévation exagérée de la commissure gauche, par l'action des muscles élévateurs non contre-balancés par le peaucier.

Le 14 mars réunion complète ; pas de suppuration ; on enlève le drain.

L'*examen histologique* de la tumeur a été fait par M. le Dr Nepveu ; la masse ganglionnaire présentait tous les caractères du lymphadénome ; nulle part il n'a pu trouver de foyer bacillaire, nulle part de tissu sarcomateux ; elle reproduit donc dans son ensemble le tissu ganglionnaire proprement dit.

Si nous recherchons plus avant, nous voyons dans la *Gazette heddomadaire* du 3 février 1854, une étude complète de la question faite par M. Verneuil. Les trois pièces provenaient : deux du service de M. Denonvilliers, l'autre du service de Fallin. Les masses ganglionnaires avaient les mêmes caractères que la tumeur de notre petite malade ; elles étaient formées par des masses régulièrement arrondies ou ovoïdes, sans inégalité ni bosselure et présentant un volume variable, pouvant acquérir jusqu'à la grosseur d'un testicule d'adulte; la consistance était moins considérable qu'à l'état sain ; à la coupe, aspect du ganglion normal ; le tissu se déchirait facilement et donnait un aspect granuleux, rappelant la déchirure du poumon atteint d'hépétisation rouge ; en un mot le tissu paraît formé d'une seule substance partout également condensée et répartie.

En outre, nous rapprochons une autre observation de lymphome communiquée par M. le professeur Verneuil, et qui est consignée dans la thèse de Bouheben (1873). L'examen histologique est absolument semblable.

Nous insisterons sur la durée considérable que présentent ces tumeurs, sans qu'aucun changement anatomique se fasse; dans l'observation de M. Verneuil, la lésion remontait à 6 ans, chez notre malade elle existait depuis sept ans et demi. Chez un autre malade, dont M. le professeur Verneuil nous a parlé à la clinique, elle extstait depuis 25 à 30 ans.

Par conséquent nous voyons que ces adénites sont des adénites simples hypertrophiques, n'ayant aucune origine, ne reconnaissant aucune diathèse (strumeuse, syphilitique). Dans deux cas, le traumatisme paraît être le point de départ, et chez notre malade, nous voyons une otite externe et moyenne coexister avec son début, du côté gauche où existait le ganglion; pourrait-on croire que l'origine serait primitivement inflammatoire et que la lésion avorterait au début ? C'est là une simple hypothèse.

8. Fibro-myomes multiples utérins. — Péritonite suppurée. Néphrite interstitielle. — Urémie. Mort; par M. A. Demars, interne des hôpitaux.

La nommée M... Joséphine, âgée de 50 ans, entre salle Lisfranc le 27 février 1886 (service de M. le professeur Verneuil).

Bonne santé habituelle; pas d'enfants ; pas de fausse couche. Règles régulières depuis l'âge de 13 ans, durent 7 à 8 jours. Depuis 18 mois, la malade urine fréquemment, se lève deux à trois fois pour uriner, maux de reins. En même temps, métrorrhagies abondantes, la malade est toujours dans le sang. Il y a 5 à 6 mois, oligurie, les urines sont claires, léger dépôt d'acide urique. Pas de constipation. Jamais de vomissement porracé, pas de douleur abdominale.

A son entrée la malade est amaigrie, douleurs de reins très accentuées, la température oscille entre 38°,5 et 40°. A l'examen du ventre on sent une masse douloureuse médiane, dépendante de l'utérus; douleur dans les deux fosses iliaques. Pas de vomissement porracé. Par le toucher les culs-de-sac sont douloureux ; l'utérus se déplace mal. Pendant les cinq premiers jours de son entrée, la malade reste dans le même état. Oligurie, albumine dans les urines. La température reste élevée à 39°.

Jusqu'au 13 mars 1886, la malade ne présente pas d'amélioration. Le 12 mars au soir, la malade est prise de

dyspnée; la face est cyanosée; pas de vomissement pas d'urine, pas de selle. Mort le 13 mars au matin avec refroidissement à 36°,5; dyspnée toxique; véritables accidents urémiques.

A l'AUTOPSIE, on trouve les poumons sains, un peu de liquide dans la plèvre gauche. Les reins présentent les lésions de la néphrite interstitielle. Rate normale. Péritonite suppurée (600 gr. de pus) dans le petit bassin; ayant commencé certainement par l'orifice des trompes; les ovaires sont ramollis, jaunâtres. L'utérus présente une particularité intéressante; il présente les trois types des fibro-myomes; un pédiculé; intra-péritonéal, au niveau de son fond; 4 à 5 myomes interstitielles, et un myome intra-utérin. La pièce est intéressante au point de vue tout d'abord du siège des myomes, offrant les trois types chez la même malade. En outre la coexistence d'une néphrite interstitielle, d'une péritonite suppurée.

M. DEMARS présente des pièces relatives à la multiplicité des néoplasmes sur le même sujet, et montre un fibrôme enlevé au front d'une femme en un point où un kyste sébacé a été détruit il y a quelques années par la pâte de Vienne. Or, en 1883, on a opéré cette femme d'un polype fibreux de l'utérus, et elle a actuellement une épulis fibreuse du maxillaire supérieur.

M. CORNIL ne sait pas si le siège du fibrome est bien dans un reste du kyste sébacé.

M. VERCHÈRE croit en effet qu'il dépend plutôt de la cicatrice.

9. Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches. — Gomme sous-périostique du pariétal. — Exostose du frontal. — Infiltration gommeuse du temporal gauche; par J. BESANÇON, interne des hôpitaux

Ces pièces proviennent d'un homme, mort le 13 mars de pneumonie, dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié.

Voici en résumé son histoire clinique:

Le nommé P... (Jean), âgé de 62 ans, tailleur d'habits, entre le 28 janvier 1886, salle Piorry n° 41. Le malade a pris la vérole en 1844, à l'âge de 20 ans. Il a eu un chancre du gland, et à plusieurs reprises des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus. Il se soigna énergiquement et prit du mercure sous toutes les formes pendant plusieurs années. En 1849, il eut une stomatite mercurielle intense, perdit plusieurs dents et un fragment du maxillaire supérieur. Les années d'après, il eut un coryza spécifique, et en 1854 son nez s'effondra. A l'hôpital militaire de Bordeaux on lui enleva la cloison du nez, partiellement nécrosée. Depuis 1860, il a été soigné à diverses reprises pour des tumeurs crâniennes du genre de celles que nous observons en ce moment chez lui. Il a pris également des quantités énormes d'iodure de potassium et de sirop de Gibert.

Il entre actuellement à l'hôpital pour des accès d'étouffement liés à un emphysème pulmonaire. Le thorax est déformé, d'une sonorité exagérée à la percussion. La respiration est humée, l'expiration prolongée; râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine. C'est du reste un arthritique, avec obésité, calvitie, hémorrhoïdes.

L'aspect de la face est profondément modifié par suite de l'effondrement du nez. L'ouverture de la narine gauche n'est pas visible. Au crâne, au niveau du Cambda, on remarque une saillie arrondie de la grosseur d'un petit œuf, non mobile, légèrement douloureuse à la pression, et qui est diagnostiquée gomme sous-périostique des pariétaux. En avant, le frontal est bosselé, dur, irrégulier: il est manifestement hyperostosé. Rien à l'examen clinique des viscères, du foie en particulier. Un traitement par le sirop de Gibert et l'iodure, poursuivi pendant deux mois, reste absolument sans effet.

Le malade meurt le 13 mars de pneumonie.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, pannicule adipeux sous-cutané de 3 centimètres d'épaisseur; épiploons et mésentère surchargés de graisse. Pas de liquide dans les cavités séreuses du ventre ni de la poitrine. Le *poumon droit* est immobilisé par des adhérences anciennes, surtout marquées au niveau de la base, et en rapport avec les lésions hépatiques que nous signalerons tout à l'heure. Il est très emphysémateux. Le *poumon gauche* est recouvert au niveau de la base et du bord convexe par un exsudat pleural fibrino-suppuré, sans épanchement liquide dans la séreuse. A la coupe de ce poumon, on voit que tout le lobe inférieur qui est gonflé, tuméfié, ne crépite plus. Un fragment projeté dans l'eau gagne le fond. Ce point de pneumonie est faiblement granuleux. Le reste du poumon est le siège d'emphysème et d'un certain degré de congestion. Les *voies aériennes* portent des lésions intéressantes. A deux centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée existe un rétrécissement semi-annulaire en forme de valvule invétérée à la partie postérieure du conduit. Le calibre de la trachée à ce niveau est considérablement réduit. Immédiatement au-dessus de ce rétrécissement se voit une dépression profonde limitée par un orifice circulaire et comme taillée à l'emporte-pièce; puis au-dessus une cicatrice fibreuse étoilée. L'orifice inférieur du larynx est également très rétréci. La bronche qui se distribue au lobe supérieur du poumon gauche est altérée, manifestement rétractée, et rétrécie au niveau de son origine. Plus loin, elle devient normale. Les bronches intra-pulmonaires ne présentent que les traces de l'hyperhémie et du catarrhe chronique. Nulle part, dans le poumon, on ne voit de nodules gommeux, ni à sa surface de cicatrices déprimées. La langue est intacte ainsi que tout le tube digestif. Le système artériel est sain. Le cœur droit est passivement dilaté et ses parois sont indurées. Le cœur est surchargé de graisse à sa face antérieure. Rien à noter du côté des organes génito-urinaires ni des muscles. Rien à la rate ni au pancréas. Quant au *foie*, il ne présente pas trace de cicatrices syphilitiques ni de gommes. Au-dessus de la vésicule et sur la face connexe on voit un épaississement de la capsule de Glisson en rapport avec l'existence à la partie postéro-supérieure du lobe droit d'une tumeur saillante du volume d'une petite orange. A la partie supérieure du lobe carré se trouve une autre tumeur moins saillante, mais plus tendue que la précédente, ayant environ 5 centimètres carrés de superficie. La première de ces deux tumeurs, ouverte, se montre constituée par des hydatides mortes, affaissées, sans liquide, avec kyste également sans liquide. La seconde de ces tumeurs est aussi un kyste contenant des hydatides mortes, flétries, mais colorées ici par la bile qui a été la cause de leur mort. Quant au *crâne*, ainsi qu'il a été constaté pendant la vie, il offre une hyperostose du frontal, une gomme sous-périostique à la partie postérieure des pariétaux sur la ligne médiane. Le temporal gauche est infiltré d'une matière jaunâtre, molle, constituée par une gomme diffuse de l'os. La face interne du crâne est intacte, ainsi que les méninges et l'encéphale. Le sujet ayant été réclamé, il a été impossible d'enlever le maxillaire supérieur, siège d'une nécrose mercurielle, et le squelette du nez partiellement détruit par une gomme ancienne.

RÉFLEXIONS. — Outre les lésions crâniennes et les kystes du foie qu'on n'avait pas soupçonnés pendant la vie et qui ont été une trouvaille d'autopsie, l'*intérêt* principal de ce fait réside dans cette sténose trachéo-bronchique qu'aucun signe n'avait fait reconnaître avant la mort.

Le malade a été ausculté bien des fois, et jamais on n'a constaté de cornage. La gêne respiratoire progressivement croissante qu'il accusait était sous la dépendance de son emphysème pulmonaire. Le rétrécissement de la trachée est évidemment fort ancien. On ne trouve plus trace d'ulcérations à son niveau, mais seulement les cicatrices qui en indiquent la place. Voilà donc un fait qui semble prouver que les ulcérations tertiaires de la trachée peuvent évoluer et guérir, en laissant au conduit un calibre suffisant pour la respiration. Signalons enfin l'inutilité du traitement spécifique dans ce cas particulier de syphilis grave.

10. Kyste hydatique du foie évacué par ponction il y a deux ans. — Récidive. — Ouverture dans le poumon, vomique. Mort par cachexie; par M. J. Camescasse, interne des hôpitaux.

La femme Ch...., âgée de 26 ans, est entrée salle Sainte-Martine, lit n° 8, au mois de décembre 1885.

Au commencement de 1884, cette femme est entrée dans le service de M. le Dr Terrier pour un kyste hydatique du foie. Une ponction évacuatrice amena l'issue de deux litres de liquide environ. La guérison fut rapide et la malade complètement rétablie rentra chez elle. Sa santé paraît être restée bonne jusqu'au commencement du mois de décembre dernier. A cette époque elle fut prise de douleurs très violentes dans le côté droit au niveau des dernières côtes. Elle dut entrer à l'hôpital et s'aliter complètement. Les douleurs ne cédèrent qu'à l'emploi d injections de morphine. Peu de jours après son entrée elle commença à tousser et à cracher. Après deux semaines de séjour à l'hôpital elle eut une véritable vomique. Les matières rendues contenaient du pus et de la bile. Depuis cette époque cette femme n'a pas cessé de tousser et de rejeter des crachats composés de matières purulentes quelquefois un peu rosées, et mêlées tous les quatre ou cinq jours d'une certaine quantité de bile. Dans les intervalles, accès fébriles irréguliers. Les douleurs du côté persistèrent jusqu'à la fin, et ne laissaient aucun repos à la malade dès qu'elle n'était plus sous l'influence de la morphine. Pendant les derniers jours l'expectoration était devenue extrêmement abondante. A deux ou trois reprises on trouve dans les crachats des membranes rosées transparentes, formant des masses du volume d'une petite noisette. A la même époque on constate une matité absolue occupant le côté droit du dos jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; pas de souffle; le murmure vésiculaire est très affaibli au niveau de cette zone de matité dans sa partie la plus élevée ; en bas silence complet. L'état général était devenu de plus en plus mauvais. La malade ne prenait plus aucun aliment. La cachexie s'accusait de jour en jour. Mort le 12 mars.

Autopsie (par M. le professeur Cornil). — Le *foie* ne descend pas au-dessous des fausses cotes. Il est normal en apparence et on voit se dessiner les lobules d'une façon très nette. En ouvrant le thorax on constate dans le médiastin antérieur des *ganglions* volumineux, lardacés, durs. La plèvre pariétale du côté gauche adhère à la viscérale. A droite cette adhérence n'existe qu'en avant, tandis qu'en arrière on trouve une collection liquide, qui communique par une large ouverture avec une cavité intrapulmonaire remplie de pus. Ce pus ne contient aucune membrane, mais seulement des caillots fibrineux. Le *poumon droit* étant incisé le long de son bord postérieur, on constate que la cavité, ouverte spontanément en arrière, intéresse les trois lobes. Le poumon adhère au diaphragme et celui-ci au foie. L'excavation pulmonaire se continue à travers le muscle avec une cavité intra-hépatique d'une part. D'autre part elle s'ouvre dans les bronches et dans la plèvre. L'orifice pleural répond à la paroi thoracique, qui est largement ulcérée. De telle sorte que les nerfs et les vaisseaux intercostaux sont disséqués, les muscles intercostaux et les côtes mis à nu. La communication avec l'arbre bronchique se fait par un large orifice. L'excavation hépathique est relativement petite ; sa capacite ne répond pas à la quantité de liquide évacué lors de la ponction. Les parois de la cavité sont épaisses et dures ; sous l'eau elles laissent voir de nombreuses villosités flottantes, très longues, grises et opaques dans la partie inférieure, rosées dans la partie supérieure. Les bronches et la trachée sont remplies de liquide purulent. Le tissu pulmonaire est, dans tout le poumon droit, gris opaque, jaunâtre par place, d'aspect absolument caséeux. Pas de granulations tuberculeuses ni à la surface de la plèvre ni dans le poumon gauche. Le lobe gauche du foie rose à la périphérie présente au centre une teinte grisatre. *Aorte* petite sans athérome. *Cœur* normal. *Reins* pâles à la surface. *Rate* volumineuse, présentant à la coupe un grand nombre de points transparents. Estomac, instestins sains.

Examen histologique (par M. Cornil). — Les parties du poumon hépatisées qui entourent les cavernes anfractueuses et la destruction suppurative du tissu pulmonaire sont tout à fait semblables à l'œil nu à la pneumonie caséeuse d'origine tuberculeuse. La surface de section est en effet grise ou gris jaunâtre, sèche, grenue, tachée par places de matière noire le long des travées pulmonaires et sous la plèvre, et elle ressemble absolument à la pneumonie chronique des tuberculeux. L'examen histologique donne aussi exactement les mêmes résultats. Nous avons constaté, M. Ranvier et moi, que la pneumonie caséeuse des tuberculeux était en réalité une pneumonie fibrineuse, et que le contenu des alvéoles pulmonaires était formé de fibrilles de fibrine enserrant quelques cellules rondes ou épithéliales dans ses mailles. Ce résultat de notre examen a été confirmé partout, en particulier par M. Orth, dans le dernier fascicule de son traité d'anatomie pathologique consacré au poumon. La pneumonie caséeuse chronique de la tuberculose est une pneumonie fibrineuse dans laquelle les travées de fibrine intra-alvéolaire sont même souvent plus épaisses que dans la pneumonie aiguë. Au lieu d'être formée uniquement par des cellules rondes migratrices comme cela a lieu dans la pneumonie aiguë, on trouve surtout dans la pneumonie chronique tuberculeuse des cellules épithéliales plus ou moins modifiées, tuméfiées, siégeant soit le long des parois alvéolaires, soit dans l'exsudat intra-alvéolaire, entre les fibrilles de fibrine. Nous avons trouvé exactement les mêmes lésions sur les coupes du poumon de la malade de M. Mesnet.

Le tissu cellulaire de la plèvre et celui des cloisons lobulaires est épaissi ; il est constitué par des fibrilles et fibres séparées par des cellules rondes souvent infiltrées de charbon ; les vaisseaux sanguins montrent leurs parois épaisses entourées aussi de granulations noires Les cloisons alvéolaires sont souvent un peu plus épaisses qu'à l'état normal et elles offrent une grande quantité de petites cellules rondes. Les alvéoles sont remplies de fibrine fibrillaire enfermant dans ses mailles soit des cellules rondes, soit des cellules épithélioïdes. La paroi des alvéoles est tapissée le plus souvent par de grosses cellules épithéliales dont le noyau est volumineux et on rencontre aussi souvent une couche de ces mêmes cellules à la surface du bouchon fibrineux qui remplit l'alvéole. D'une façon générale, l'exsudat fibrineux contient un petit nombre de cellules et ses fibrilles sont épaisses. Parfois, à la place de fibrilles, on voit des granules de fibrine. Sur les coupes de ce poumon colorées par la méthode de Gram on trouve des diplococis de la pneumonie, ce qui complète l'analogie de cette forme de pneumonie chronique avec la pneumonie caséeuse des tuberculeux. Il n'y avait pas de bacilles de la tuberculose.

11. M. Bouygues présente des pièces venant d'un malade mort dans le service de M. Gouraud. Il s'agissait d'un homme de 71 ans, présentant des lésions multiples : athérome des artères, hypertrophie cardiaque, néphrite interstitielle, ramollissement cérébral et de plus un ictère intermittent. Ce malade est mort de pneumonie. A l'autopsie, outre la pneumonie et les altérations de l'artério-sclérose, on a trouvé une dilatation des voies biliaires assez considérable ; un calcul occupait l'embouchure du cholédoque et devait par ses déplacements expliquer l'intermittence de l'ictère. Il est remarquable que malgré ces lésions, la vésicule biliaire rétractée ne contenait que du mucus avec quelques grumeaux verdatres : de petites végétations polypeuses siégeaient sur le col de la vésicule et devaient empêcher le reflux de la bile. — Il existe en outre un *anévrysme de l'artère splénique de la grosseur d'une mandarine*. Les parois en sont calcifiées. A l'intérieur, des caillots fibrineux occupent la moitié inférieure de la tumeur, limités en haut par une ligne horizontale, au-dessus de laquelle on trouve les caillots récents composés d'une couche couenneuse et de caillots plus rouges. Il demande si la structure particulière de l'anévrysme dont les parois ne peuvent se dilater, n'influe pas sur la disposition des caillots, empêchant leur formation en lames concentriques.

M. Bouygues ajoute que le malade est mort d'une pneumonie contractée dans le service, qu'un voisin de lit a aussi contracté une pneumonie à la même époque, et que ces deux maladies ont coïncidé avec l'entrée dans les salles d'un alcoolique atteint de pneumonie. Il signale la coïncidence sans en tirer de conclusions.

M. Broca fait remarquer que si l'on regarde les orifices de la poche anévrysmale, on constate que les caillots cruoriques sont sur le trajet direct du sang et les caillots fibrineux loin du courant principal, ce qui est la règle. Il n'y a donc pas besoin de faire intervenir la déclivité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Hystérectomie vaginale. — M. Terrier communique une nouvelle observation d'hystérectomie vaginale pour un cancer du col; c'est la quatrième qu'il communique à la Société. La femme avait 44 ans et l'épithélioma était encore peu étendu : les ligaments larges ne furent pas liés mais pris entre deux longues pinces à forcipressure qui furent laissées en place pendant 48 heures. L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

Deux des malades précédemment opérées par M. Terrier, sont en excellente santé et ne présentent pas de récidive, bien qu'opérées depuis un an.

M. Trélat a opéré dans les mêmes conditions, il y a 11 mois, une malade qui est encore en parfait état de santé.

Luxation du gros orteil. — M. Farabeuf fait un rapport sur une observation de luxation simple du gros orteil envoyée par M. Vignard.

De l'uréthrotomie interne. — M. Tillaux continuant la discussion commencée sur ce sujet, recommande de se garder de toute doctrine exclusive, car l'uréthrotomie est une bonne opération lorsqu'elle est indiquée par l'impossibilité d'avoir recours à la dilatation graduelle.

M. Lucas-Championnière essaie d'abord la dilatation, et lorsqu'elle a été inefficace, fait l'uréthrotomie qu'il considère comme une opération exempte de dangers.

M. Trélat qui a été l'un des premiers à défendre l'uréthrotomie, essaie tout d'abord la dilatation ; il fait remarquer que l'uréthrotomie est une méthode adjuvante de la dilatation, qui assure et complète les résultats obtenus.

M. Verneuil fait l'uréthrotomie interne lorsqu'elle est indiquée, mais, quand les reins sont malades, il lui préfère souvent l'uréthrotomie externe. M. Verneuil considère le procédé de M. Le Fort comme un excellent procédé de dilatation.

M. Pluquet (Amiens) présente un appareil pour les fractures de la jambe et de la cuisse.

Séance du 9 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

M. L. Lefort, désireux de convaincre ses collègues de la supériorité de son procédé de dilatation uréthrale, prie ses collègues de lui confier les plus mauvais cas de rétrécissements.

Portes d'entrée de l'ostéomyélite. — M. Lannelongue rappelle que l'ostéomyélite est une maladie infectieuse dont le microbe caractéristique n'est pas encore nettement connu. Il pense que les portes d'entrée de l'élément infectieux sont des ulcérations variables, panaris, engelures, pustules d'ecthyma, aphthes, etc., et remarque qu'il n'y a pas toujours un rapport constant entre la porte d'entrée de l'agent infectieux et le siège de l'ostéomyélite.

M. Terrier ne croit pas qu'une ostéomyélite aiguë, analogue à celle de l'homme, ait été observée *spontanément* chez les animaux.

M. Lannelongue répond que l'affection qu'il a observée sur un poulain était bien une ostéomyélite.

Claudication intermittente chez l'homme. — M. Terrillon présente un malade auquel il a amputé la jambe pour une gangrène du pied. Le point intéressant de l'observation réside dans ce fait que la gangrène avait été précédée de claudication intermittente ; or, la dissection de la jambe montra que l'artère jambière postérieure, non oblitérée, était réduite au volume d'un crin de Florence.

Uréthrotomie interne. — M. Horteloup présente un uréthrotome qui lui donna les meilleurs résultats.

M. Humbert qui se sert de la plus petite des lames de l'uréthrotome et introduit ensuite une sonde de petit calibre, n'a eu qu'à se louer de l'opération qui comporte très peu de dangers.

M. Polaillon, qui a pratiqué 13 fois l'uréthrotomie interne, arrive aux mêmes conclusions.

M. Le Fort présente un malade qui a eu l'épaule gauche luxée 72 fois ; grâce à un appareil construit sur les indications de M. Le Fort, la luxation ne s'est pas reproduite depuis trois mois.

M. Nicaise présente un homme auquel il a fait la cure radicale d'une hernie inguinale ; le résultat est parfait.

Au cours de la séance M. Peyrot a été nommé membre titulaire.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 16 avril 1886. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Catillon revenant sur une précédente discussion, pense que le bon vin de quinquina doit être surtout tonique et que le quinquina gris est de tous le préférable.

M. Moutard-Martin croit également que ce sont les effets toniques et non fébrifuges qu'il importe d'obtenir.

M. C. Paul dit qu'il est difficile, aujourd'hui qu'on cultive les quinquinas, de les diviser comme autrefois en gris, jaunes et rouges. Peu importe d'ailleurs la couleur, pourvu que ce soit celui qui contienne le plus de tannin qu'on emploie dans la circonstance.

M. Tanret a étudié les divers extraits de quinquinas. Parmi les quinquinas gris, le loxa et le huanaco renferment, le premier : 18 centigrammes d'extrait de tannin par gramme d'extrait et seulement 1 centigr. d'alcaloïdes ; l'extrait de huanaco renferme parties égales d'alcaloïdes et de tannins, soit 5 à 6 cent. de chaque. On doit donc spécifier l'espèce de quinquina gris, et le huanaco semble préférable à l'auteur. Dans les quinquinas jaunes, le caligaya fournit quantités égales de tannins et d'alcaloides soit 18 centigr. Les nouveaux quinquinas des Indes renferment à peine quelques cent. de tannins, mais beaucoup d'alcaloïdes : de 18 à 20 centigr.

M. Catillon dit que malheureusement le commerce de droguerie fournit beaucoup plus de quinquina guayaquil qui ne vaut rien, que de loxa.

M. C. Paul, à ce propos, et comme membre de la Commission de réception des médicaments fournis à l'Assistance publique, apportera à la Société le titrage des écorces acceptées.

M. Bédoin soigne la blennorrhagie par des bougies à la cocaïne et à l'acide borique. Chacune des premières contient de 10 à 20 centigr. de cocaïne et les érections se trouvent très calmées de la sorte. Vers la fin de la chaudepisse, il emploie des bougies renfermant de 20 à 25 centigr. d'acide borique ; l'écoulement a mis de 9 à 23 jours à se guérir. En résumé, il emploie pendant la période aiguë, 2 à 3 bougies de 10 à 25 cent. de cocaïne, par jour, et à la fin une bougie seulement d'acide borique.

M. C. Paul croit que la présence du médecin est nécessaire pour l'introduction des bougies, ce qui n'est pas toujours pratique : la cocaïne revient en outre fort cher, aussi continuera-t-il à employer les injections qui, *bien faites*, suivant un mode opératoire qu'il exposera ultérieurement, lui ont toujours donné d'excellents résultats.

M. E. Labbée ne s'est pas bien trouvé de l'emploi des injections de sublimé chaudes ou froides ; le kawa, préconisé par M. Sanné, a toujours échoué ; par contre, le santal lui a donné les meilleurs résultats.

M. Bédoin dit que les injections, à l'inverse des bougies, n'atteignent pas l'urèthre postérieur siège très habituel de la blennorrhagie. Enfin, les malades peuvent très bien les introduire eux-mêmes.

M. Rougon lit un rapport sur un travail de M. Poulet (de

Planeher-les-Mines) intitulé : *Du traitement de l'asthme par l'acide oxalique*. L'auteur donne le médicament à la dose de 2 gr. pour 150 gr. d'eau, excepté dans l'asthme cardiaque. Le rapporteur rappelant que eet acide est toxiquo à la dose de 30 gr. propose d'inviter M. Poulet à faire de nouvelles recherehes avant qu'on insère son mémoiro dans les *Bulletins*, ce qui est accepté. GILLES DE LA TOURETTE.

REVUE DE DERMATOLOGIE

III. Contribution au traitement du Lupus; par S. KOHN (*Vierteljarhesschrift für Dermatologie und Syphilis*, n°s 1 et 2, 1884.)

IV. Lupus et son traitement, par M. Ernest BESNIER (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 2e *Série*, n° 6, 1885).

V. Dermite professionnelle spéciale des fileurs et varouleurs (*Annales de Dermatologie*, 25 mars 1885).

VI. Le Rhinosolérome ; par M. CORNIL (*Bulletin de la Société anatomique*, 1883).

VII. Sur les micro-organismes du rhinosclérome ; par MM. CORNIL ot ALVAREZ (Communication à l'*Académie de Médecine*, 31 mars 1885).

VIII. Observation d'urticaire pigmentée; par M. H. FEULARD.

IX. Observazioni di orticaria palustre ; par ROCCO DE LUCA, Catania, 1886.

X. Contribution à l'étude du pemphigns épidémique, par COBRAT (*Revue de Médecine*, 1884, page 935).

XI. Pemphigus aigu chez un adulte mort le 9e jour, par DYCE DUCKWORTH (in *St-Bartholomews Hospital Report*, t. XX, 1884).

XII Contribution à l'étude des purpuras, par M. le Dr LELOIR (*Annales de Dermatologie*, janvier 1884, avec une planche histologique).

XIII. Note sur trois cas de purpura infectieux foudroyant chez l'enfant; par M. O. GUELLIOT (*Union médicale du Nord-Est*, 1884.)

XIV. Eléphantiasis des Arabes. Examen microscopique, par M. CORNIL (*Bulletin de la Société anatomique*, 1883).

XV. Contribution à l'étude des maladies infectieuses. — De l'érythème polymorphe; par M. de MOLÈNES. Thèse de Paris, 1884.)

XVI. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes et de l'érythème polymorphe en particulier; par M. LELOIR (*Bulletin de la Société anatomique*, 1884, avec planche histologiques).

XVII. Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan (*Revue de Dermatologie*, p. 65, 1886.)

XVIII. Panaris analgésique (de Morvan) ; par M. A. BROCA (Communication faite à la *Société clinique*, 9 avril 1885.)

XIX. Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires, etc.; par PITRES et VAILLARD (*Arch de Phys.*, 1885, 15 février, p. 209.)

III. — M. Auspitz, après avoir prescrit comme traitement du lupus la curette contre les infiltrants lupeux, l'aiguille à cautérisation contre les petites nodosités lupeuses, avait imaginé d'enfoncer dans les nodosités lupeuses récidivant une aiguille triangulaire trempée dans une solution de glycérine iodée. Schiff modifia cet instrument en le perçant d'une ouverture oblique dans le voisinage de la pointe et introduisit dans le manche un réservoir qui, au moyen d'un coulant, laissait échapper le liquide goutte à goutte. Kohn a fait avec cet instrument une trousse dermatologique comprenant curette, aiguille injecteur, aiguille à scarifier. Voici les avantages de ce nouvel instrument : 1 Destruction radicale des tubercules lupeux ; 2° destruction rapide par la cautérisation simultanée ; 3° pas de réaction inflammatoire ; 4° commodité et simplicité de la destruction par le traitement mécano-caustique ; 5° cicatrices à peine visibles, délicates et plates.

IV. — M. Ernest Besnier après nous avoir montré le jour qui a été fait sur cette question au congrès de Copenhague et l'opposition que lui font encore certains savants, nous entretient dans son mémoire d'abord de l'unité notographique du lupus. Il nous réfute très brièvement les points cités par les dermatologistes opposés à l'unité notologique du lupus, pèse à leur valeur les preuves histologiques et expérimentales qu'on lui a présentées et nous pose de courtes remarques, mais nécessaires, sur les divers modes de traitement, méthodes sanglantes, cautérisations interstitielles, traumaticine pyrogallique qu'il recommande surtout pour la face.

V. — Dans ce travail, M. Leloir a étudié une maladie de peau spéciale aux ouvriers fileurs de lin, maladie de la peau qui n'a pas encore été décrite. C'est une dermite eczémateuse des extrémités, spéciale aux ouvriers qui travaillent le lin à l'humide (varouleurs). La pathogénie est la suivante : Les ouvriers obligés de rattacher à chaque instant dans des bacs des mèches de lin humide ont constamment les mains mouillées par une eau chaude, très peu riche en sels de chaux (ce qui facilite la macération de l'épiderme), chargée de matières organiques du lin (matières diverses, micro-organismes divers (ferments). Il en résulte une irritation constante de la peau, cause de dermite des varouleurs, chez les sujets prédisposés ; car tous ne sont pas atteints (4 dixièmes environ).

VIII. — M. Feulard nous présente dans son observation l'histoire d'une petite fille atteinte de cette dermatose. Sur le tronc, la poitrine, les taches sont foncées, forment par endroits des plaques légèrement saillantes. Au visage, l'éruption se présente sous la forme de taches de 4 à 5 millimètres de diamètre ; même morphologie au cuir chevelu. Sur les membres supérieurs et inférieurs, les taches sont petites, isolées, discrètes, moins foncées. Sous l'influence du traitement : lavage à la racine d'aunée, onctions avec le glycérulé tartrique au 4|100e et la poudre d'amidon, retard dans les apparitions des poussées. Malgré cela l'enfant présente toujours une peau tigrée.

IX. — Pour admettre l'origine tellurique de l'urticaire apyrétique qu'on observe quelquefois dans l'intervalle des accès, il faudrait démontrer que le malade atteint fût certainement sous l'influence larvée de l'infection palustre, qu'elle affectât les allures d'une manifestation de l'impaladisme, qu'elle cédât au traitement quinique. C'est de trois observations réunissant ces caractères que M. Rocco de Luca nous entretient.

X. — Dans une épidémie de pemphigus chez les enfants, M. Cobrat a étudié l'inoculabilité de cette affection. Il constate l'auto-inoculation, il n'a pas retrouvé dans les croûtes le champignon décrit par Rielh, ni dans le liquide les bacteries signalées par MM. Vidal, Giber et Spillmann. Dans le liquide des bulles, il a constaté la présence de micrococcus en 8 de chiffre, analogues à ceux du rouge du porc, et qui ont pu être cultivés dans le bouillon d bœuf salé. Résultats peu concluants sur l'inoculation des cultures.

XI. — L'observation que nous présente le Dr Dyce Duckworth présente à n'en pas douter tous les signes d'un pemphigus à forme bulleuse. Vers la fin de la maladie les bulles présentaient les caractères de l'herpès. L'éruption pemphigoïde paraît s'être développée sous l'influence du froid et d'une néphrite consécutive.

XII. — Dans ce mémoire, il relate plusieurs faits de *purpura* qu'il a eu l'occasion d'étudier cliniquement et histologiquement et qui éclairent certains points obcurs de la pathogénie de cette affection. Ils montrent que dans certains cas l'*endocapillarite* des vaisseaux cutanés (non décrite encore dans le purpura) ; et dans d'autres cas, la production d'embolies fibrineuses par eoagulation du sang secondaires à des lésions du plasma sanguin (produisant de véritables infarctus hémorrhagiques) jouant un grand rôle dans la production des hémorrhagies cutanées. Vient ensuite un essai de classification des purpuras d'après leur pathogénie.

XIII. — M. Guelliot a observé chez des enfants de sept mois à trois ans, trois cas de purpura à début brusque

caractérisé par une dyspnée intense, des convulsions, des vomissements et du coma. Au bout de quelques heures apparurent des taches purpurines symétriques, d'abord foncées, franchement pourpre et enfin tournant au noir. La mort arrivait après quatorze à vingt heures de maladie. Les trois enfants habitaient la même rue, près d'un dépôt de chiffons qui exhalait une mauvaise odeur. Il fait voir l'analogie de ces purpuras avec le typhus et admet *un typhus purpurique infectieux des enfants*.

XV. — M. de Molènes dans sa thèse inaugurale s'est demandé si cette dermatose ne devait pas être classée parmi les maladies infectieuses. Dans un premier article, il nous fait voir quelles dermatoses doivent être comprises dans ce titre. Dans un second chapitre, il fait l'étude des phénomènes généraux qu'il divise en trois périodes, cite les diverses complications viscérales et nous en donne trois observations. Le diagnostic et l'étiologie sont traitées avec beaucoup de détails et de science. M. de Molènes en arrive à la pathogénie, il rejette la théorie rhumatismale en faisant toutefois ses réserves pour l'érythème nodeux. Il considère la théorie angionévratique émise par Perrin comme une simple hypothèse. Il se rattache à la théorie infectieuse pour la grande généralité des cas et nous en explique les raisons cliniques. Malgré ce que nous affirme l'auteur, les essais tels que inoculations, recherches de parasites et cultures du sang n'ont encore donné aucun résultat.

XVII. — M. le Dr Thibierge, après nous avoir démontré, avec M. Besnier, que très souvent la muqueuse buccale est prise dans le lichen, et nous avoir fait la bibliographie des auteurs qui se sont occupés de cette question et nous avoir énuméré leurs opinions nous présente l'observation de lésions locales très prononcées. De ces faits résultent les conclusions suivantes : Les lésions buccales dans le lichen peuvent précéder l'éruption ou arriver en même temps qu'elle. D'abord les malades ne ressentent qu'une rudesse de la muqueuse sans douleurs, sans cuisson provoquée par les aliments. Sur la langue, les lésions sont les suivantes : Taches blanches de forme arrondie sans aucune saillie, papilles diminuées d'épaisseur et devenant plus rudes. Sur la muqueuse des joues, papules de petites dimensions, acuminées, arrondies ou étoilées, ces papules sont isolées ou réunies sous forme de plaques faisant des saillies isolées. Ces plaques sont disséminées sur toute la surface de la joue, mais sur tout le voisinage des dents molaires, la commissure labiale et se prolongent sur la face externe des gencives. L'apparition de ces lésions sur la muqueuse buccale est favorisée par l'abus du tabac, les aliments épicés. On a constaté toujours la tendance à l'amélioration et même leur guérison complète. L'auteur enfin fait le diagnostic différentiel entre l'affection propre au lichen plan et les différentes sortes de stainatites; puis il passe en revue les signes différentiels des lésions dans le lichen ruber de Hébra dans la dermatite exfoliatrice généralisée.

XVIII. — Dans cette communication, M. Broca nous rapporte un cas typique de panaris analgésique qu'il rapproche de l'affection que le Dr Morvan a décrite sous le nom de parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures, et fait quelques commentaires très brefs à ce sujet. Pour M. Morvan il existe constamment de la paralysie des muscles de l'avant-bras de la main, dans l'observation de M. Broca le membre supérieur n'est pas affaibli. Au traumatisme vient s'ajouter la scoliose du malade dont nous avons lu l'observation, et la localisation des troubles à la main et au tiers inférieur de l'avant-bras permet de croire à la prépondérance des altérations nerveuses périphériques dues à l'écrasement nerveux. L'analgésie existe seule dans l'observation de M. Broca, tandis que Morvan admet l'analgésie de concert avec l'anesthésie. M. Quinquaud avait déjà signalé cette particularité dans la même maladie, et M. Leloir, dans les *Annales de Dermatologie*, 1882, nous a présenté, in-extenso, un cas de panaris analgésique avec eczéma.

XIX. — MM. Pitres et Vaillard ont constaté que les lésions nerveuses observées par MM. Duplay et Morat existent non seulement au niveau des extrémités des nerfs, mais encore jusque dans les branches du sciatique et le tronc de ce nerf, lésions qui expliquent les divers troubles trophiques et sensitifs associés à cette affection (induration scléreuse de la peau, atrophie musculaire, gangrène, anesthésie). Certains auteurs avaient avancé que les lésions nerveuses constatées dans le mal perforant existaient aussi dans les nerfs périphériques normaux. Après M. Leloir, MM. Pitres et Vaillard réfutent cette assertion, en se basant sur les deux examens histologiques suivants : Dans le premier ; l'examen des nerfs plantaires normaux ne discutait l'existence d'aucune fibre altérée. Dans le second, les auteurs ont examiné les nerfs de sujets atteints de cors, durillons, éléctrophies unguéales, et dans ces faits ils ont trouvé que les nerfs correspondants aux points atteints présentaient un nombre variable de fibres altérées à des degrés divers : fragmentation de la myéline, fibres variqueuses, gaines vides. D'où cette conclusion que les modifications des téguments si fréquentes chez les sujets âgés, sont de véritables troubles trophiques au même titre que le mal perforant. Ces travaux ne sont donc en somme que la continuation des recherches antérieures de M. Leloir. TAVERNIER.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'exposition d'hygiène urbaine (Suite) (1).

Autour de la cour centrale, les salles du rez-de-chaussée de la caserne Lobau renferment les appareils, les réservoirs, les conduites qui servent ou qui doivent servir à l'assainissement de Paris. Les échantillons disposés dans trois profondes cuves de verre montrent mieux qu'un long discours les qualités et les défauts de l'eau de l'Ourcq, de la Seine et de la Vanne. Tandis que cette dernière présente sous une grande épaisseur une belle teinte bleu clair et une transparence parfaite, les autres paraissent souillées de boue jaunâtre. Et cette différence sensible sur une grande masse d'eau au point de faire regarder les eaux d'Ourcq et de Seine comme une horrible boisson disparaît presque si on se contente d'observer et de comparer quelques centaines de grammes de ces divers liquides dans des verres à boire. Il est vrai que la pollution des eaux si pures de la Vanne par celles de la Seine est un fait très rare auquel nous pouvons encore être sujets à certains moments. Pour être à l'abri d'un pareil mélange il faudrait que le troisième système de dérivation, ceux de la Vanne et de la Dhuys constituant les deux premiers, fut réalisé à Paris. Le projet de l'ingénieur Bechmann nous assurerait, dit-on, l'accomplissement de ce désir, mais dans combien d'années?

La quantité d'eau fournie chaque jour à Paris était au siècle dernier de 6 litres par habitant ; elle atteint aujourd'hui 250 litres par habitant et par 24 heures et cela ne suffit pas toujours.

Deux systèmes de canalisation desservent la ville de Paris et sont indépendants l'un de l'autre, ce n'est que dans des cas très rares et après avertissements à l'aide d'affiches publiques qu'il est nécessaire de faire communiquer les réservoirs d'eaux de Seine avec ceux de l'eau de Vanne.

De ces deux systèmes de canalisation, l'un est réservé à la distribution de l'eau de boisson dans les divers étages des maisons particulières, l'autre n'est utilisé que pour l'arrosement des chaussées, des jardins publics, le service des usines, des incendies, etc., etc.

Le service municipal des eaux à qui nous sommes redevables de cette belle exposition a fait dresser les modèles de toutes sortes qui représentent les conduits de canalisation, les bouches d'eaux, l'image en relief des pompes utilisées dans les usines de l'administration pour amener l'eau dans les réservoirs, etc. Un choix curieux de robinets qui se ferment automatiquement et qui sont destinés à éviter le gaspillage de l'eau complète cette collection.

En attendant que le mélange des eaux de la Vanne et de la Seine soit rendu impossible, il est prudent de filtrer nos eaux

(1) Voir *Progrès médical*, no 22, p. 465.

de boisson et les filtres qui sont exposés dans la salle attenante à celle que nous venons de visiter arrivent à produire le résultat désiré qui ne consiste pas seulement à clarifier l'eau, mais à la débarrasser des micro-organismes pathogènes. Nous signalerons simplement les filtres de M. Chamberland et de M. Mallié qui tamisent l'eau à travers une bougie creuse de porcelaine dégourdie l'un de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors. Ces filtres, comme on sait, sont d'une adaptation facile à toute espèce de robinet et n'exigent pour fonctionner régulièrement qu'une faible pression d'eau.

Le filtre Maignen fait de drap d'amiante saupoudré de charbon mélangé de chaux a été fort employé par les troupes anglaises en Egypte. Il arrête au passage les sels de cuivre, de zinc, de fer, etc. et paraît non moins efficace pour priver l'eau de ses microbes.

Nous venons de voir exposés dans les salles qui bordent à droite la cour carrée de la caserne les modèles des appareils qui servent ou qui devraient servir à l'apport d'une eau pure dans Paris; les trois autres côtés du quadrilatère donnent l'abri aux systèmes chargés de l'évacuation des eaux-vannes et de l'éloignement de la matière usée de la vie des grandes villes.

Tout d'abord les ingénieux appareils qui fonctionnent sous les yeux des visiteurs font naître cette première réflexion : parmi tant de modèles exposés, il n'en est pas un seul qui n'ait pas considéré comme définitivement mise en pratique la fameuse théorie du *tout à l'égout*. Est-ce donc bien la solution qui doive prévaloir quand même dans le problème de l'hygiène d'une grande ville comme Paris? Les idées dans lesquelles la jeune génération médicale a été élevée ne semblent guère *a priori* favoriser cette opinion. Qui ne s'est plaint des odeurs qui s'échappent pendant les grandes chaleurs des bouches d'égout dans certains quartiers de Paris? Qui ne répugne à la projection dans les égouts de toutes les matières susceptibles de fermentation? Envisagée à ce point de vue, la question ne saurait rester indécise Mais si des appareils qui ont une fonction immuable et mathématiquement certaine permettent uniquement la pénétration d'un courant d'air de nos rues dans les égouts; si ces égouts subissent plusieurs fois par jour l'irruption et le lavage d'une grande chasse d'eau, si d'autre part ces égouts sont séparés de l'atmosphère de nos habitations par l'intermédiaire d'un syphon interrupteur toujours amorcé, le problème et sa solution changent de face.

Or les modèles offerts à l'exposition d'hygiène, les plans qui les accompagnent semblent apporter un argument précieux à la conviction. Nous signalerons particulièrement l'appareil et les dessins de *M. Amodruz* qui nous paraissent une heureuse combinaison du système anglais et du système américain.

Quant aux spécimens des chasses d'eau automatiques, qui ne nécessitent pas, comme on le croirait, plus d'eau que d'ordinaire mais simplement plus d'eau à la fois, c'est-à-dire des avalanches intermittentes destinées à tout balayer irrésistiblement devant elles, on en observe de nombreux et de différents modèles. Nous mentionnerons spécialement l'appareil très ingénieux de *MM. Geneste et Herscher*.

Le perfectionnement réalisé par les syphons français dont une des branches s'élargit assez brusquement et dont l'amorce est assurée par une communication avec une boîte d'aérage à valves de mica mobiles de dehors en dedans est digne de remarque. La pression constante atmosphérique suffit pour éviter le désarmorcement du syphon au passage des liquides.

En regard de cette amélioration de la canalisation souterraine il faut signaler les heureuses modifications des appareils extérieurs; les trappes de regard avec *grille de sûreté* qui rendent inutiles les barrières mobiles autour des bouches d'égout ouvertes, les urinoirs dont les ardoises si défectueuses sont remplacées par d'épaisses lames de verre de Saint-Gobain absolument imperméables.

Les cabinets nouvellement installés à l'hôpital militaire Saint-Martin sont à ce point de vue fort bien construits.

Le chauffage des habitations par circulation dans les parois d'eau chaude, de vapeur ou d'air chaud paraît devoir se généraliser et constitue certainement un progrès notable, mais il ne peut être utilisé que pour les établissements de construction nouvelle. Quant à l'aération, à l'éclairage et à l'orientation des habitations, on peut observer plusieurs modèles dignes d'attention. Je signalerai les vitres perforées d'une multitude d'ouvertures, tronc-coniques ou cylindro-coniques à large base intérieure qui donnent passage à une grande quantité d'air sans laisser à quelques centimètres de distance la sensation appréciable d'un courant d'air. Il n'est pas douteux que dans quelques années ces vitres perforées ne soient utilisées dans les casernes, les établissements publics ou privés, tant ils remplacent avec avantage les autres systèmes d'aération plus ou moins imparfaits.

Le cabinet de *M. Emile Trélat* est un modèle d'éclairage et plairait à tous par ses qualités hygiéniques s'il ne présentait quelques inconvénients qui, il est vrai, n'ont rien à faire avec l'hygiène. Devant une immense fenêtre, un rideau ouvert par le haut et tiré par le bas laisse entrer une vive lumière et s'oppose aux courants d'air qui s'en vont du bas des fenêtres vers les foyers. Au point de vue de l'éclairage et de l'aération c'est parfait.

Les plans d'un hôpital théorique et d'un établissement scolaire exposés par M. Trélat sont fort intéressants; on y voit appliquées dans leur rigueur les règles qui donnent satisfaction à ces deux indications de l'hygiène : recevoir la lumière franche du ciel et respirer l'air frais dans une chambre chaude.

(*A suivre*) A. CHANTEMESSE.

THÉRAPEUTIQUE

Note sur les propriétés antistrumeuses du Morrhuol, principe actif de l'huile de foie de morue.

J'ai été, il y a quelque temps, prié par mon confrère le professeur Crolas, d'expérimenter dans mon service et dans ma clientèle privée, un nouveau produit qui me semble être d'une utilité et d'une efficacité de premier ordre. Je veux parler du Morrhuol, extrait de l'huile de foie de morue par M. Chapoteaut.

Ce produit isolé, capsulé, présente sous un petit volume un médicament facile à administrer et infiniment plus acceptable que l'ancienne et répugnante cuillerée d'huile de foie de morue.

Depuis deux mois au moins, je faisais prendre du Morrhuol à un certain nombre de malades, lorsque le Dr Lafage fit paraître un article sur ce nouveau médicament dans le « Bulletin thérapeutique. »

Je m'associe pleinement à sa manière de voir, et les résultats que j'ai obtenus dans les cas de phtisie à tous les degrés, sont absolument identiques à ceux qu'il signale :

Diminution dans la fréquence des quintes de toux, appétit notablement augmenté, selles plus régulières ; mais ce que j'apprécie par-dessus tout, c'est le plaisir avec lequel les malades acceptent ce médicament ; la tolérance est parfaite, les renvois qui accompagnent toujours l'huile de foie de morue ne se produisent jamais. J'ai dirigé mon attention sur un autre indice du médicament; c'est sur cette indication que je vais insister particulièrement :

J'ai dans mon service des Pénitenciers du Rhône, de nombreux jeunes détenus âgés de 14 à 20 ans. J'ai constaté, comme tous mes collègues, l'énorme quantité d'adénites, de tumeurs glandulaires, de manifestations strumeuses, scrofuleuses et lymphatiques que présente cette partie de la population des prisons, je l'ai estimée sans crainte d'exagération à 50 0/0 au moins, et j'en ai attribué les effets à plusieurs causes.

1° Aux antécédents diathésiques des parents, à leur genre de vie, au milieu dans lequel ils ont vécu avant leur internement.

2° A la privation du grand air.

3° A l'habitude invétérée chez ces enfants de rester en toute saison le cou et la poitrine à découvert.

Il était tout naturel de songer à l'emploi du principe actif de l'huile de foie de morue pour chercher à diminuer cette tendance à l'hypertrophie glandulaire.

L'huile était difficilement supportée, prise avec répugnance, elle était souvent refusée ou rejetée par les jeunes détenus, et, dans tous les cas, au point de vue même de sa distribution journalière, elle offrait quelques inconvénients matériels. Je résolus donc de diviser en deux camps mes strumeurs : aux uns, je continuai l'usage de l'huile brune, aux autres, je fis prendre progressivement jusqu'à six capsules de Morrhuol par jour.

Eh bien, après ces trois mois de comparaison rigoureuse, je n'hésite pas à déclarer que le succès le plus complet a couronné notre entreprise. Le Morrhuol a agi avec une rapidité et une précision qui m'ont surpris. Je me contenterai de citer ici trois observations qui peuvent résumer toutes les autres et dont j'ai, à dessein, choisi les sujets à différents degrés de lymphatisme.

Observation I. — Jac... (Louis) âgé de 27 ans, ancien pensionnaire du pénitencier de Lyon. — C'est un récidiviste endurci qui a trouvé le moyen de se faire prendre à plusieurs reprises depuis sa libération, et de passer en prison, en cellule et au cachot une grande partie des 6 années dernières.

Il se présente pour la première fois à ma visite le 21 novembre dernier avec une adénite énorme intéressant toute la chaîne ganglionnaire de la partie latérale droite du cou dont la circonférence était de 0,403 ; je le soumis immédiatement au traitement par le morrhuol, il en absorba d'abord deux capsules à chacun des repas, soit quatre par jour jusqu'au 26 novembre, époque où Jac... alla au Palais de Justice et fut privé dès lors de son médicament.

Je donne ici la mensuration quotidienne du cou de ce détenu pendant ces cinq jours de traitement sans interruption : Le 21 novembre : 0,403. — Le 22 : 0,397. — Le 23 : 0,390. — Le 24 : 0,386. — Le 25 : 0,383. — Le 26 : 0,383.— Le 27 novembre : 0,390. — Après une privation de deux jours de morrhuol ajoutée à l'impression de l'air froid extérieur. — Le 28 novembre : 0,385. — 6 capsules de morrhuol. — Le 29 novembre : 0,380. — 6 capsules de morrhuol.

Du 30 novembre au 9 décembre : 0,377. — Même traitement. Pendant cette période, Jac... n'a point interrompu l'usage de ces capsules et n'a pas été appelé au Palais.

Le 10 décembre : 0,380 le matin. — Ce détenu fut obligé d'aller à l'instruction et privé de morrhuol pendant cette journée. — Le 11 décembre, 6 heures du soir : 0,390.

Le 12 décembre, 5 heures du soir : 0,388. — Huit capsules à la visite du 12 décembre. — Le 13 décembre : 0,385. — Huit capsules.

Du 14 décembre à ce jour, 20 janvier 1886 : 0,380. — Jac... a présenté 0,380 de circonférence d'une façon très régulière et ce, malgré ses nouvelles visites au Palais de Justice.

J'ai interrompu progressivement le traitement en diminuant progressivement la dose jusqu'à 2 capsules de morrhuol par jour ; actuellement ce détenu est évidemment encore sous l'influence d'un engorgement des ganglions latéraux droits du cou, mais qui n'a plus aucune influence sur sa respiration et ne ressemble en rien comme aspect à celui qu'il présentait le 21 novembre. Voici donc l'effet observé jour par jour du traitement exclusif par le morrhuol pendant deux mois entiers.

Observation II. — Rein... (Joseph), 20 ans, jeune détenu du quartier correctionnel de Lyon, est porteur depuis plus de trois années d'un énorme chapelet glandulaire, et possède en outre, un tempérament lymphatique et strumeux très accentué. — Sans goût pour le travail comme pour les jeux, Rein... est mélancolique et taciturne, il souffre sans cependant pouvoir préciser le siège d'aucune douleur fixe. Bien constitué d'ailleurs, grand et bien bâti, ses muscles n'offrent aucune résistance, l'auscultation minutieuse ne me présente rien d'anormal.

Après 20 jours complets d'un traitement par le morrhuol (3 capsules à chacun des deux repas) et la tisane amère, ce jeune détenu qui n'a éprouvé aucune répugnance pour l'ingestion de ce médicament, a vu son appétit considérablement augmenté, ses forces se rétablir, et les glandes du cou ont complètement disparu. J'ai eu à constater également que Rei... presque toujours constipé, avait actuellement des selles régulières, ce dont il s'applaudissait lui-même.

Observation III. — Millet... jeune détenu du quartier correctionnel, 19 ans, adénites suppurées anciennes et actuelles très volumineuses. — Nombreuses cicatrices démontrant l'état chronique de son affection scrofuleuse.

J'ai, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'ouvrir de nouveaux abcès et d'essayer de tarir des fistules anciennes et interminables, Je soumis enfin ce jeune homme, au traitement par le morrhuol. Pendant une période de 18 jours, il prit avec plaisir ses capsules, son appétit a été augmenté, son état général incontestablement meilleur.

Aujourd'hui après 3 mois de cette médication, jointe à l'usage du vin antiscorbutique et d'un exercice modéré, Millet... est en très bonne voie de guérison, et j'ai l'espérance d'avoir modifié ainsi sa constitution des plus profondément entachée de scrofule.

Voici, parmi de nombreuses observations, celles qui m'ont semblé les plus concluantes ; aussi, j'ai grande foi en la vertu modificatrice et reconstituante des principes actifs de l'huile de foie de morue ainsi isolés ; je serais heureux que ces quelques notes bien modestement exposées puissent servir à répandre d'une façon plus générale l'administration de ce médicament que je considère comme un des rares spécifiques de notre arsenal thérapeutique.

Dr Pernod.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. — La marche dans les maladies du système nerveux ; par Gilles de la Tourette. — Publication du *Progrès médical*, 1886.

La méthode employée par M. Gilles de la Tourette pour étudier les troubles de la marche dans les maladies du système nerveux est celle des empreintes, celles-ci ont été prises d'après le *modus faciendi* indiqué par M. Neugebauer dans son travail sur la spondylolisthésis. Cette méthode a le grand avantage de ne pas comporter d'appareil instrumental compliqué, aussi M. Gilles de la Tourette la considère-t-il comme la seule applicable en clinique. Les résultats auxquels est arrivé M. Gilles de la Tourette sont le fruit d'une série de recherches prolongées pendant près de deux années sur un grand nombre d'individus sains ou malades ; c'est assez dire qu'on doit les considérer comme ayant une très grande valeur. Un grand nombre de figures viennent encore ajouter à la clarté et à l'intérêt de ce travail, ces figures sont d'autant plus précieuses qu'elles sont non pas de simples schémas, mais de véritables réductions par la photographie des tracés pris par l'auteur et ne mesurant pas moins de 7 à 8 mètres de longueur. A la fin de l'ouvrage se trouve un tableau général, une sorte de résumé graphique de ces divers tracés qui permet de se rendre compte d'un coup d'œil de leurs principaux caractères et des points par lesquels ils diffèrent.

L'auteur commence par une étude de la *marche* ou plus exactement du *pas*. Au point de vue physiologique chez des individus normaux, et sur plus d'un point les résultats auxquels il arrive sont très différents de ceux contenus dans un des plus récents travaux sur ce sujet, celui de H. Vierordt.

De ces recherches il ressort : 1° qu'à l'état physiologique la longueur moyenne du double pas est de 0m63 chez l'homme adulte, de 0m50 chez la femme, — 2° Que dans les deux sexes le pas droit est plus long que le gauche. — 3° Que l'écartement des pieds pendant la marche est, chez l'homme, de 11 à 12 cent. avec prédominance de 1 cent. pour l'écartement latéral gauche ; chez la femme il est de 12 à 13 cent. avec même prédominance à gauche.— 4° Que la somme des angles ouverts en avant et en haut formés par les deux pieds est chez l'homme de 31° à 32°, chez la femme de 30° à 31° avec prédominance d'ouverture de 1° pour le pied droit.

M. Gilles de la Tourette ne se borne pas à la simple constatation de ces faits, il en donne aussi l'explication tant au point de vue anatomique que physiologique.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude de la marche dans les maladies du système nerveux : cette dernière partie se prête mal à une rapide analyse et doit être lue dans l'original, nous ne pouvons indiquer ici que les têtes de chapitre. Tout d'abord l'exposé des caractères de la démarche spasmodique dans laquelle on doit, au point de vue de l'intensité, distinguer trois degrés ; puis de ceux de la marche spasmodique combinée avec la marche titubante (sclérose en plaques). — Puis vient la marche dans la paralysie agitante. Dans l'ataxie locomotrice le pas offre des troubles que l'on peut décrire de la façon suivante : 1° Raccourcissement réel du pas coïncidant avec un allongement apparent ; 2° augmentation considérable de l'écartement latéral pendant la marche, de même du reste que pendant la station debout ; 3° accentuation plus grande des empreintes du talon. Puis encore la marche titubante (sclérose en plaques, lésions du cervelet, vertige de Ménière, etc...) dans laquelle les tracés prennent un aspect tout à fait particulier. Enfin, pour terminer, l'auteur étudie les variétés de la marche chez les hémiplégiques (hémiplégie flasque, hémiplégie spasmodique avec ses trois degrés).

Tels sont les points principaux que M. Gilles de la Tourette a traités dans sa thèse ; est-il besoin d'ajouter qu'il l'a fait d'une façon fort intéressante et que son travail prend dès aujourd'hui place parmi les documents les plus importants sur la question si controversée des caractères de la marche chez les individus sains ou malades ?

Le massage par le médecin, d'après les ouvrages du Dr Albert Reibmayr, publiés à Vienne, en 1883 et 1884 ; par le Dr Léon Petit.

Le volume que le Dr Léon Petit présente au public médical français n'est pas une simple traduction ; notre confrère l'a rédigé en refondant ensemble, de façon à en faire un tout homogène et en harmonie avec notre goût national, deux brochures publiées à Vienne par le Dr Reibmayr, en 1883 et 1884. L'ouvrage est divisé en trois parties, que précèdent une courte notice historique sur le massage et un index bibliographique, très soigneusement fait, des travaux dont il a été l'objet.

La première partie est consacrée à la physiologie et au manuel opératoire du massage. Dans le premier chapitre (physiologie), nous trouvons le résumé très intéressant de nombreuses expériences relatives aux effets produits par le massage sur les muscles, sur la circulation, sur le système nerveux. Le deuxième chapitre nous initie à ses manœuvres diverses : effleurage, pétrissage, frictions, tapotements, à l'emploi des instruments qui ont été imaginés pour remplacer dans certains cas l'action des doigts du masseur, et aux précautions à prendre dans l'application de la massothérapie.

La deuxième partie comporte une série de chapitres traitant de l'emploi du massage en médecine, en chirurgie, en obstétrique, en gynécologie et en oculistique. On trouvera là d'utiles renseignements pour se guider dans le choix et dans l'emploi des diverses manœuvres du massage applicables à chaque cas particulier. On lira surtout avec intérêt et profit les deux premiers de ces chapitres, qui embrassent assurément à eux deux le plus grand nombre des cas justiciables du massage. Dans le chapitre concernant le massage obstétrical, nous retrouvons l'expression utérine appliquée au fœtus et au placenta, les frictions stimulantes sur le fond de l'utérus, l'excitation bi-manuelle de cet organe en cas d'hémorrhagie après la délivrance, etc. Lecture faite du chapitre où sont exposées les pratiques du massage utérin, nous ne pouvons que nous associer à la réprobation formelle dont le frappe le Dr Léon Petit, dans l'un des paragraphes de l'avertissement qu'il a placé en tête de sa traduction. Quelques pages sur l'emploi du massage en oculistique, en thérapeutique dermatologique, en otologie, terminent cette deuxième partie de l'ouvrage. La troisième partie, très accessoire, a pour objet l'étude des mouvements actifs et passifs qui servent de complément aux manœuvres du massage. C'est une sorte de guide de gymnastique de chambre, accompagné de nombreuses figures explicatives.

On n'enseigne le massage nulle part chez nous, et nous n'avons dans notre langue que très peu d'ouvrages d'ensemble qui lui soient consacrés ; ce sont là, sans nul doute, les deux principales raisons pour lesquelles beaucoup de médecins se désintéressent à peu près complètement de l'emploi du massage, et se privent ainsi des précieuses ressources qu'il offre à la thérapeutique dans bon nombre de cas. La publication d'un ouvrage comme celui dont nous venons de donner un aperçu, est donc une œuvre utile et profitable pour nous tous, et nous ne pouvons que féliciter M. le Dr Léon Petit, tant pour la bonne idée qu'il a eue de nous faire connaître les travaux de Reibmayr, que pour le talent avec lequel il s'est acquitté de cette tâche. Dr Ch. Petit-Vendol.

De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue medico-légal ; par le Dr Julien Chevalier. — Paris, 1885, Doin, éditeur.

L'auteur adopte absolument les conclusions de MM. Charcot et Magnan qui regardent l'inversion de l'instinct sexuel comme une manifestation d'un état psychopathique héréditaire, entrainant en conséquence l'irresponsabilité. L'intérêt particulier de ce travail réside dans un rapport médico-légal inédit du Dr Lacassagne sur un nouveau cas d'inversion observé chez un homme d'une position sociale élevée, âgé d'environ 35 ans, prédisposé, ayant eu des traumatismes dans l'enfance, déséquilibré, véritable *hermaphrodite moral.* J. Séglas.

Effetti della recisione delle radici posteriori sui movimenti Dott. Dario Baldi (*Lo sperimentale*, septembre 1885.)

Rien de nouveau dans ces recherches. En effet l'auteur en arrive à conclure que la section des racines postérieures des nerfs des membres détermine chez le chien des troubles de la marche et cela parce que en détruisant les impressions sensitives dans les membres, elle entraîne par suite l'irrégularité des mouvements volontaires.

J. Séglas.

VARIA

Institut Pasteur.

Le Conseil municipal de Paris, après une vive discussion, a voté dans une de ses dernières séances, la mise à la disposition de M. Pasteur de 2,500 mètres carrés de terrain dépendant de l'ancien collège Rollin. — La commission avait proposé 5,000 mètres ; mais on n'en a accordé que la moitié, se basant sur ce que l'Institut Pasteur doit être un établissement où l'on inoculera des malades, et non pas un hôpital.

Le *Journal officiel* a publié les 32e, 33e, 34e, 35e et 36e listes de souscription en faveur de l'Institut Pasteur ; elles ont produit 252,704 fr. 35, ce qui donne un total de 1 million 18,081 fr. 20.

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison de la tuberculose.

L'*Impartial de Smyrne* a eu l'heureuse idée d'ouvrir, sur l'inspiration généreuse de M. le Dr B. Narich, une souscription en faveur du fonds d'encouragement pour la guérison de la tuberculose. Cette souscription a déjà produit, dans la ville de Smyrne, une somme de *mille francs*. Parmi les souscripteurs, nous devons relever les noms des Drs Chassaud, Constant, Alexandroff, V. Narich, B. Narich, Pallamary, Micridis, Brunetti, Jatros, Saverius, Celebian, A. Bon, Stefanini et Caliga.

Nous ne saurions trop les remercier de leur concours à une œuvre aussi utile. Le succès qu'ils ont obtenu auprès de leurs compatriotes est une preuve de la sympathie qui les unit à la France. Nous ne saurions trop leur en être reconnaissants.

Nous accusons réception à notre cher collaborateur, M. le Dr B. Narich, du chèque de *mille francs* qu'il nous a adressé et dont le montant a été versé aujourd'hui, 12 juin, entre les mains de M. G. Masson, trésorier de l'œuvre.

Réouverture des Cours à l'Ecole supérieure de Pharmacie.

La réouverture des cours et des travaux pratiques s'est faite dans le plus grand ordre lundi dernier à l'Ecole de Pharmacie. La cause permanente des désordres ayant disparu, c'est-à-dire M. Chatin ayant pris un congé précurseur de son départ définitif de l'Ecole, la vie normale a repris. M. Chatin est remplacé non seulement comme professeur par un agrégé mais encore comme directeur par son assesseur.

Nous voulons croire qu'à la rentrée le ministre de l'Instruction publique voudra appliquer les principes de la nouvelle loi sur le recrutement des directeurs et des doyens par l'Assemblée même des professeurs. C'est une loi républicaine qui aurait dû être appliquée dans toutes les facultés et écoles depuis le jour de sa promulgation: les titulaires en fonction devant être considérés comme démissionnaires *ipso facto*.

Si M. le Ministre de l'Instruction publique avait adopté cette marche, M. Chatin aurait été remplacé depuis longtemps comme directeur, et les désordres ne se seraient pas produits. Le mécontentement signalé à Paris existe en province dans un grand nombre de facultés et d'écoles secondaires dont les directeurs *imposés* se croient tout permis. D'après les renseignements qui nous sont adressés, il est grand temps que M. le Ministre fasse cesser cette situation, en mettant les professeurs à même de procéder à l'élection de leurs directeurs et doyens.

La commission d'enquête, chargée d'examiner les griefs relevés contre M. Chatin, a déposé le rapport suivant :

La commission d'enquête chargée par M. le ministre de l'instruction publique d'examiner « les allégations qui intéressent la dignité de M. Chatin et celle du corps auquel il appartient » s'est réunie le lundi 31 mai et a clos ses opérations le mardi 8 juin. Elle a tenu six séances. Une seule allégation de l'ordre de celles qui lui étaient déférées a été produite. Elle est relative à la participation de M. Chatin à l'administration des eaux de Vals. La commission a recueilli les documents, reçu ou provoqué les témoignages qui pouvaient l'éclairer. Ces documents et ces témoignages forment un dossier de vingt-quatre pièces. De ce dossier il résulte que M. Chatin a été et est encore membre du comité scientifique des eaux de Vals. Mais le concours prêté à ces sortes de comités n'a jamais été considéré comme répréhensible, lorsque le caractère en est exclusivement scientifique ; et la commission déclare, en ce qui touche la participation de M. Chatin aux travaux du comité scientifique des eaux de Vals, qu'aucune imputation n'a été établie qui puisse entacher son honorabilité personnelle.

Ont signé : BERTHELOT, BÉCLARD, GRÉARD.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Amendement au projet de loi portant fixation du budget général des dépenses et des recettes de l'exercice 1887.

Présenté par M. Henry LIOUVILLE, député.

Ministère de l'Intérieur. — Chapitre 43. — Service de la médecine gratuite dans les départements. — Porter de 50.000 francs à 100.000 francs la somme affectée au service de la médecine gratuite dans les départements et employer cette somme à la création et à l'organisation d'instituts spéciaux de vaccination (humaine et animale) et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

Amendement au projet de loi portant fixation du budget général des dépenses et des recettes de l'exercice 1887.

Présenté par M. Henry LIOUVILLE, député.

Ministère de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes. — Chapitre 26. — Académie de Médecine. — § 2. Matériel. — Porter de 7,600 francs à 10,000 francs la somme affectée au matériel de l'Académie de médecine, à l'entretien et à la propagation du vaccin humain et du vaccin animal.

Circulaire relative à l'organisation des Facultés (1).

Application de l'article 15 du décret du 28 décembre 1885.— *Etudiants* : Monsieur le recteur, l'article 15 du décret du 28 décembre 1885 dispose que « des règlements spéciaux détermineront les nouvelles facilités d'études qui doivent être assurées aux étudiants en vertu du présent décret. » D'une manière générale, le Conseil supérieur de l'Instruction publique a pensé qu'en constituant en France des corps analogues aux Universités étrangeres, il ne fallait pas songer seulement aux maîtres, mais aussi aux étudiants. Il appartient aux Facultés et à leurs conseils généraux de se préoccuper de cette importante question ; elle est de celles qui intéressent le plus l'avenir de notre enseignement supérieur. Je vous prie de la leur soumettre et de leur demander quelles seraient, à leur sens, les mesures les plus propres à réaliser les intentions du Conseil supérieur.

Parmi ces mesures, les unes pourront avoir un caractère général ; elles devront être l'objet de règlements délibérés en Conseil supérieur ; elles seront de la part des Facultés et des conseils généraux l'objet de vœux qui me seront transmis ; d'autres, au contraire, auront un caractère local et pourront varier d'un groupe de Facultés à un autre ; elles seront de la part des Facultés et des conseils généraux l'objet non plus de vœux, mais de délibérations proprement dites, lesquelles seront exécutées après avoir reçu mon approbation.

Dans cette matière, je tiens à ne rien prescrire ; j'attends tout de l'initiative de l'enseignement supérieur : c'est à lui qu'il appartient de proposer ou de décider, suivant les cas, ce qu'il convient de faire. Je m'en remets avec confiance à son expérience, à son esprit de progrès et à son zèle pour le bien public.

Je me borne à énumérer ici un certain nombre de questions particulières sur lesquelles il me semble que l'attention des Facultés et des conseils généraux pourra se porter: 1° Groupement et coordination des enseignements des diverses Facultés d'après leurs affinités scientifiques ; 2° Facilités à donner aux étudiants pour leur permettre de suivre les enseignements d'un même groupe ; 3° Equivalence entre certains cours de la Faculté de droit et de la Faculté des lettres, entre certains cours de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences ; 4° Directions d'études ; 5° Différences à établir, dans les Facultés des lettres et les Facultés des sciences, dans le régime scolaire des étudiants libres et de ceux qui se destinent au professorat (1) ; 6° Création de certificats d'études délivrés par les Facultés ; 7° Organisation du travail des étudiants dans l'intérieur des Facultés, en dehors des heures des cours, salles d'études, bibliothèques universitaires, travaux pratiques d'enseignement, travaux pratiques de recherches ; 8° Facilites à donner aux étudiants pour leur permettre de faire successivement leurs études dans plusieurs centres universitaires et d'accomplir une partie de leur scolarité dans les Facultés de l'étranger ; 9° Associations d'étudiants, sociétés de tir, sociétés de gymnastique, exercices militaires, sociétés musicales, patronage des professeurs ; 10° Fêtes universitaires.

Vous voudrez bien me tenir exactement au courant de ce qui sera fait ou proposé sur ces différents sujets, dans votre Académie.

Recevez, Monsieur le Recteur, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-arts et des cultes, René GOBLET.

Inscriptions et consignations (4e trimestre de l'année scolaire 1885-86.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

I.— *Inscriptions* : Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 30 juin 1886. Il sera clos le mardi 20 juillet, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi. 1° Inscriptions de première année, les mercredi 30 juin, jeudi 1er, vendredi 2 et samedi 3 juillet 1886 ; 2° inscriptions de deuxième année (Doctorat), les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 juillet 1886 ; 3° inscriptions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e et 4e années (Officiat), les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, lundi 19 et mardi 20 juillet 1886. MM. les Etudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du 13 juillet 1886.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1885-86. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur ; Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (Doctorat) et de la 5e (Officiat) ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : 1er trimestre, novembre et décembre, 56 jours ; 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; 4e trimestre, juillet à octobre inclusivement, 56 jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet 8e Doctorat et 4e Officiat), à l'administration de l'assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

II. — *Consignations* : 1° Les élèves ajournés, à la session de novembre 1885, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Officiat), devront consigner les mercredi 16 et jeudi 17 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 28 juin au 3 juillet. 2° Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacan-

---

(1) Nous ne saurions trop attirer l'attention de nos jeunes lecteurs sur cette circulaire.

(1) Cette question sera prochainement l'objet d'une circulaire spéciale.

ces, devront consigner les mercredi 23 et jeudi 24 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 30 juin au 3 juillet inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 5 juillet.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les élèves pourvus de 16 inscriptions et n'ayant pas subi le 1er examen de doctorat, pourront consigner jusqu'au jeudi 24 juin. Les aspirants à l'officiat sont astreints à consigner en juillet, pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté. 3o En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 18 au 30 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 11 ou le mardi 12 octobre 1886, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. — *Ostéologie :* Les *démonstrations d'ostéologie* commenceront le lundi 18 octobre 1886. — MM. les Etudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine. — A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, pendant la période des examens.

Sir William Gull et l'Admission des femmes à la profession médicale.

Le 20 février dernier, réunion très attendue à la Société médicale, Chandos Street, Cavendish Square, en souvenir de la mort de Miss Krance Hélène Prideaux.

Etaient présents : F. William Gull, orateur ; Dr Broadbent, professeur Schafer, Dr King Chambers, Dr Hack Tuke, Dr Cheadle, Dr Myers ; Dr Saimbiny, Dr M. William, Dr Ford-Anderson.

Sir William Gull, qui présidait, dit qu'il a choisi ce jour pour fonder une bourse en médecine, en mémoire de Miss Hélène Prideaux, bachelière en médecine de l'Université de Londres, morte l'an dernier de diphthérie, au moment de passer son dernier examen. Miss Prideaux a conquis pour la femme le droit de s'élever dans cette carrière difficile. Il est fait de son caractère et de son intelligence le plus grand éloge ; l'orateur rappelle le temps où l'admission des femmes à l'Université n'était pas possible ; il constate, qu'enfin la pression de l'opinion a levé tous les obstacles. Il avoue avoir été lui-même très longtemps opposé à cette mesure, qu'il approuve maintenant, son devoir d'honnête homme lui commandant de le proclamer. Miss Prideaux s'est élevée au-dessus de l'atmosphère misérable des questions personnelles ; elle a laissé un nom qu'on se transmettra d'âge en age. Elle a justifié ceux qui avaient admis la femme à l'exercice de la médecine ; il faut maintenir haut maintenant le droit de la femme à participer à ces études spéciales.

Si pour certains esprits la médecine est un commerce, si pour d'autres, plus élevés, c'est une profession, pour la femme, c'est un dévouement, comme l'ont montré Miss Prideaux et ses collègues. (Le reste du discours n'est qu'un éloge de Miss Prideaux accompagné de considérations sur le rôle des femmes dans la pratique médicale, et l'importance que ce rôle doit avoir dans l'avenir). L'Assemblée décide de fonder en mémoire de Miss Prideaux un prix qui portera son nom, et qui devra être décerné tous les deux ou tous les trois ans à une femme ayant terminé son éducation médicale, et nomme une commission, contenant des femmes, pour décerner le prix. Elle se sépare en votant des remerciements à l'orateur. (*Bristish Méd. Journ.*, 27 fév. 1886).

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 15. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Duplay, Richelot, Campenon. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM Berger, Cruveilhier, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Polaillon, Bouilly ; — 2e partie : MM. G. See, Ball, Troisier ; — 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Debove ; — 2e *Série :* MM. Laboulbène, Grancher, Hallopeau.

MERCREDI 16. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Terrier, Farabeuf, Reclus. — 1er *de Doctorat* : MM. Bouchardat, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Cruveilhier, Marc Sée, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Trélat, Nicaise, Budin ; — 2e *Série* : MM. Gueniot, Le Dentu, Segond. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy. — 4e *de Doctorat :* MM. Potain, Hayem, Straus.

JEUDI 17. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Delens, Humbert. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Berger, Polaillon, Bouilly ; — 2e partie : MM. Vulpian, Mathias-Duval, Joffroy. — 3e de *Doctorat*, 2e partie, 1re *Série :* MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Ball, Hanot ; — 3e *Série :* MM. Bouchard, Grancher, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Laboulbène, Proust, Debove ; — 2e *Série :* MM. Peter, Brouardel, Raymond.

VENDREDI 18. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gariel, Bouchardat, Blanchard. — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Marc Sée, Farabeuf, Reynier. — 4e *de Doctorat*, MM. Vulpian, Hayem, Straus. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Nicaise, Gueniot, Segond ; — 2e *Série* : MM. Le Dentu, Terrier, Pinard ; — 2e partie *:* MM. Potain, Damaschino, Landouzy.

SAMEDI 19. — 3e *de Doctorat*, 2e partie, 1re *Série* : MM. Péter, Bouchard, Debove ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Ball, Hanot. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Polaillon, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Le Fort, Berger, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. Laboulbène, Grancher, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Duplay, Delens, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Richelot, Cruveilhier, Bouilly.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 17. — M. Parizot. De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. — M. Bonand. Contribution à l'étude des plaies pénétrantes avec corps étrangers de l'orbite. — *Vendredi* 18. — M. Legrand. Essai sur la syphilis post-conceptionnelle. — M. Druillet. De l'ectrodactylie. — *Samedi* 19. — M. Thoumas. Du traitement antiseptique de l'ulcère à hypopyon. — M. Raison. Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par les pulvérisations de chlorure de méthyle et d'éther.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 30 mai 1886 au samedi 5 juin 1886, les naissances ont été au nombre de 1120 se décomposant ainsi: *Sexe masculin :* légitimes, 413; illégitimes, 152. Total, 565. — *Sexe féminin* : légitimes, 408; illégitimes, 147. Total, 555.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 mai 1886 au samedi 5 juin 1886, les décès ont été au nombre de 1023, savoir : 556 hommes et 467 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5. F. 8. T. 14. Variole : M. 5. F 1, T. 6. — Rougeole : M. 17, F. 10, T. 27. — Scarlatine : M. 7. F. 9 T. 16. — Coqueluche : M. 5. F. 6 T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 9, T. 22. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle: M. 6, F. 3. T. 9. — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 20 F. 17, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 117, F. 70 T. 187. — Autres tuberculoses: M 19. F. 12. T 31. — Autres affections générales : M. 27, F. 36 T. 63 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 27, T. 42. — Bronchite aiguë: M. 16, F. 9, T. 25 — Pneumonie : M 39, F. 41, T. 80. — Athrepsie : M. 43, F. 42 T. 85. — Autres maladies des divers appareils : M. 166. F. 145, T. 311. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 28, F. 8. T. 36. — Causes non classées M. 8, F. 8, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 89 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 42, illégitimes, 13. Total : 55 — *Sexe féminin :* légitimes, 16 ; illégitimes, 18. Total : 34.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Sciences accessoires.* Les épreuves écrites ont commencé le 2 juin, à midi.

Agrégation de physique. — Le sujet de la composition écrite a été : *Cœur, sang, circulation intra-cardiaque.* — L'ordre dans lequel les 13 candidats qui se sont présentés seront appelés à lire la composition écrite est le suivant : 1. M. Lauret ; 2. M. Villejean ; 3. M. Leroy ; 4 M. Morelle ; 5. M. Hugounenq ; 6. M. Faucomnier ; 7. M. Lambling ; 8. M. Borel ; 9. M. Malosse ; 10. M. Guérin ; 11. M. Didelot ; 12. M. Thibaud ; 13. M. Florence — La première séance de lecture des compositions a eu lieu vendredi 4 juin, à 5 heures.

Agrégation d'anatomie et physiologie. — Le sujet de la composition écrite a été : *Parallèle du testicule et de l'ovaire, anatomie et physiologie.* — Voici dans quel ordre les 17 candidats qui se sont présentés seront appelés à lire la composition écrite : 1. M. Assaki ; 2. M. Nicolas ; 3 M. Variot ; 4. M. Nabias ; 5. M. Guinard ; 6. M. Poirier ; 7. M. Jaboulay ; 8. M. Rodet ; 9. M. Princeteau ; 10. M. Barrois ; 11. M Rene ; 12. M. Gilis ; 13. M. Retterer ; 14. M. Ferre ; 15. M. Tapie ; 16. M. Gley ; 17 M. Quenu. — La première séance de lecture a eu lieu le samedi 5 juin, à 10 heures. — Les leçons orales de trois quarts d'heures après 3 heures de préparation ont commencé le jeudi 10 juin, à 1 heure 1/2. Elles auront lieu les jours suivants dans l'ordre ci-dessous : *Anatomie.* Jeudi 10, MM. Tapie

et Guinard; vendredi 11, MM. Rodet et Quénu; samedi 12, MM. Gilis et Nicolas; mardi 15, MM. Poirier et Princeteau; mercredi 16, MM. Variot et Ferré; jeudi 17, MM. Jaboulay et Retter; vendredi 18, MM. Assaki et René; samedi 19, M. Fley. — *Histoire naturelle.* MM. Barrois et Nabias.

Concours pour les médecins du Bureau central. — A la suite de la première épreuve de ce concours ont été déclarés admissibles : MM. Bourcy, Capitan, Chabrin, Dreyfous, Duplaix, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Léopold), Jean, Josias, Juhel-Renoy, Lebreton, Ledoux-Lebard, Lorey, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Thibierge, Variot. — La seconde épreuve (épreuve théorique sur un sujet de pathologie) a commencé jeudi, à 9 heures du matin, à la Charité.

Concours pour une place d'accoucheur du Bureau central. — La troisième épreuve (leçon théorique sur un sujet d'accouchement) a commencé le lundi 7 juin, à 4 heures du soir, à la Charité. Le Dr Olivier s'est seul retiré du concours sur les huit candidats inscrits.

Faculté des sciences de Paris. — Le 16 juin 1886, M. Verneuil soutiendra en Sorbonne, à 9 heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques une thèse intitulée : *Recherches sur quelques combinaisons azotées du Sélénium.*

Faculté de médecine de Paris. — M. Gley, docteur en médecine, préparateur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, des fonctions de chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Bochefontaine, décédé. — MM. Polaillon et Marc Sée, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine (section des sciences anatomiques et physiologiques) qui doit s'ouvrir à Paris le 1er juin 1886. — MM. Bouchardat et Bourgoin, agrégés libres de la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine (section des sciences physiques) qui doit s'ouvrir à Paris le 1er juin 1886.

— *Avis aux élèves officiers de santé (1re année).*— Les élèves officiers de santé de première année sont tenus de subir en juillet le premier examen de fin d'année. Cette disposition s'applique également aux élèves officiers de santé qui seraient dans l'intention de renoncer à leurs inscriptions d'officiat, pour prendre des inscriptions de doctorat. (*Décision de la Commission scolaire.*)

Faculté de médecine de Lille. — Par arrêté ministériel du 8 juin 1886 la chaire de pathologie externe de cette Faculté est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Lyon. — Les chaires d'anatomie et de clinique obstétricale de cette Faculté sont déclarées vacantes par arrêté ministériel du 31 mai 1886.

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé, du 1er mai au 31 octobre 1886, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Chauveau, professeur de médecine expérimentale et comparée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Bard, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, chef des travaux d'anatomie pathologique, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, d'un cours de médecine expérimentale et comparée à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de pathologie externe est déclarée vacante par arrêté ministériel du 2 juin 1886.

Faculté de médecine de Nancy. — Le conseil municipal de cette ville vient d'accepter la subvention de 500,000 francs offerte par le gouvernement pour contribuer à la création d'un Institut anatomique et d'un Institut chimique. Le Conseil municipal avait déjà voté 300,000 francs pour sa part. Ces instituts seront construits sur le modèle des établissements analogues qui existent si communément en Allemagne, notamment à Strasbourg.

Ecole de médecine d'Amiens. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et enfants, est transformée en chaire de clinique ostétricale et gynécologie.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — Le laboratoire de zoologie marine de Cette, dirigé par M. Sabatier, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est rattaché à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (section des sciences naturelles).

Bibliothèque des sciences médicales de Vichy. — La bibliothèque des sciences médicales de Vichy (kiosque de la rue Straub) est ouverte depuis le 1er juin, de 8 heures à 10 heures du matin et de midi à 5 heures de l'après-midi, à Messieurs les médecins et Etudiants en médecine de passage à Vichy et munis d'une carte d'entrée délivrée par un membre de la Société de la bibliothèque.

Bureaux de bienfaisance. — MM. les médecins des IXe et XXe arrondissements de Paris sont informés qu'on procédera à la mairie de chacun de ces arrondissements à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance, savoir : 1° pour le IXe arrondissement, le vendredi 18 juin 1886 ; 2° pour le XXe arrondissement, le mercredi 23 juin 1886. Le scrutin sera ouvert de midi à 4 heures. — MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont aussi informés qu'on procédera à la mairie du XXe arrondissement, le 30 juin 1886, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance.

Enfants assistés. — Le conseil d'Etat vient de voter un nouveau règlement d'administration publique sur l'organisation de l'inspection des enfants assistés. (*Gaz. hebd.*).

Excursion botanique. — *Ecole de Pharmacie de Paris.* — M. Gérard, agrégé de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, dans les bois du Pecq et de Saint-Germain, le dimanche 13 juin. — Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à 11 h. 35, pour la station du Pecq.

Excursions géologiques. — *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 13 juin 1886 à Champignolle, Chennevières et Champigny. Rendez-vous : Gare de Vincennes où l'on prendra à 11 heures moins 10 le train pour Champigny. — On sera rentré à Paris vers 5 heures. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de Géologie et de verser le montant de la demi-place, avant samedi soir à 4 heures.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Munier-Chalmas, sous-directeur du laboratoire des recherches, fera dimanche et lundi 13 et 14 juin, une excursion géologique dans le pays de Bray ; dimanche : environs de Beauvais, retour facultatif à Paris le soir. Lundi : excursion à Pont-Sainte-Maxence, retour par le dernier train. Départ à la gare du Nord le samedi soir 12, à 9 heures 30 minutes.

Exposition d'Hygiène Urbaine. — Conférences : Caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville, à 8 heures 1/4 du soir : Samedi 12 juin. — M. le Dr O. Du Mesnil : Le nettoiement des villes ; enlèvement et transport des ordures ménagères.

Hôpitaux de Paris. — *Pharmaciens des hôpitaux* : Le concours ouvert le 1er mai pour la nomination de trois places de pharmaciens des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Meillère, Béhal et Béthourd.

Muséum d'histoire naturelle de Paris.— M. le Dr H. Gervais, aide-naturaliste, chef des travaux anatomiques, fera en juin et juillet des démonstrations sur *l'Ostéologie des Mammifères.* Elles ont commencé le jeudi 10 juin, à 2 heures, et continueront le mardi et le jeudi, à la même heure. — M. Bernard Renault, aide-naturaliste, fera dans l'amphithéâtre de géologie les jeudis 10 et 17 juin, à 1 heure, une leçon sur *l'organisation comparée des tiges équisétiformes.*

Nominations diverses. — M. le Dr Godinat est nommé médecin du lycée de Châteauroux. — M. le Dr O. Guillier est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris.

Nécrologie. — M. le Dr Tavenaux, ex-médecin aide-major, vient de succomber à l'âge de 34 ans, à Grenelle (Paris), d'une pneumonie infectieuse. — M. le Dr Ferrier, médecin du lazaret de Pauillac, mort à l'âge de 81 ans. — M. le Dr Denis Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Caen et chirurgien en chef de l'hôpital de cette ville, mort à Sartainville (Manche). — M. le Dr Rovillain, vice-président de l'Association des médecins de la Somme, décédé à Canion, le 30 mai 1886, à 73 ans. — M. le Dr Magaud (de Lyon). — M. le Dr Rhodes (de Murat), mort à 86 ans. — M. le Dr Peligot, ancien chirurgien des armées navales, mort à Saillans, à 99 ans. — M. le Dr Cruvellier, directeur de l'asile des aliénés du Pont-Saint-Come de Montpellier. — M. Vaillant, médecin à Méaulte (Somme), mort à 85 ans. — M. Vasseur, médecin à Boves (Somme). — M. le Dr Monteils, médecin à Alais (Gard).— M. le Dr Lewis, assistant de pathologie à Netley. — M. le Dr Sokolski, ancien professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le Dr Luigi Paganucci, professeur à l'Université de Florence. — M. le Dr Faucon (de Licques, Pas-de-Calais), mort à l'âge de 41 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

POIRIER (P.). Contribution à l'anatomie du genou. — Tubercules sus-condyliens et fosses sus-condyliennes du fémur. — Insertions supérieures des jumeaux. — Ligament postérieur de l'articulation du genou. Brochure in-8 de 23 pages, avec 5 figures. Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

SEGUIN (E.-C.). — Contribution à l'étude de l'hémiatrophie d'origine centrale (hémianopsie corticale). Brochure in-8 de 44 pages, avec 6 figures. — Prix : 1 fr. Pour nos abonnés. . . . . 70 c.

SOUZA-LEITE. — Notes pour servir à l'étude desrelations et de l'influence réciproque de l'épilepsie ou de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu. Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — 14[e] Session. — Grenoble, 1885 — Volume in-8 de 310 pages, avec un plan. — Paris, 1886. — Au secrétariat, 4, rue Antoine-Dubois.

DUBOIS (R.). Thèses présentées à la Faculté des sciences de Paris pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles. 1[re] thèse : Les élerides lumineux. — Contribution à l'étude de la production de la lumière par les êtres vivants ; — 2[e] Thèse : Propositions données par la Faculté. Volume in-8 de 276 pages, avec 9 planches lithographiques hors texte et 30 figures. — Meulan, 1886. — Imprimerie de la *Société zoologique de France*.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

BOUCHARDAT (A.) Annuaire de thérapeutique de matière médicale de pharmacie et d'hygiène pour 1886, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1885 et les formules des médicaments nouveaux suivi de notices sur le traitement hygiénique du mal de Bright, sur les difficultés de l'hygiène, etc. Volume in-32 de 308 pages. — Prix : 1 fr. 50 c.

GARNIER (P.). Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires. — Vingt et unième année, 1885. Volume in-12 de 595 pages. — Prix : 7 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

DUQUESNEL (H.). De l'absinthine, principe amer de l'absinthe. Caractères, applications thérapeutiques, son association au fer, mode d'emploi. Brochure in-8 de 12 pages.

PERNISCH (J.). Les bains de taraspschuls (Engadine-Suisse), leurs propriétés curatives et indications médicales. Brochures in-8 de 94 pages, avec plans. — Coire, 1886. — Hitz et Hall.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint Germain

MONCORVO. De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile. Volume in-8 de 157 pages. — Prix : 4 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, 23, Place de l'Ecole-de-Médecine.

BARATOUX (J.) De la syphilis de l'oreille. Br. in-8 de 130 pages.

Librairie OLLIER HENRY, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine.

VANDIER. De la paralysie agitante consécutive aux traumatismes (Etude des convulsions et tremblements d'origine traumatique). Broch. in-8 de 49 pages.

LANDUR, KAHN et BARATOUX. De la voix. Brochure in-8 de 31 pages

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Paris, 1886. — 30, rue du Dragon.

MONTELAGHI. Un caso di raddoppiamento del secondo tono nelle arteria del Collo. Br. in-8 de 12 pages. — Bologna, 1885. — F. Vallardi.

DICCI. Su di un caso di albuminuria durante una prurigine. Brochure in-8 de 9 pages. — Milano, 1885. — F. Vallardi.

CARBONIERI. Contributo clinico alla localizzazione del centro olfattivo. Brochure in-8 de 8 pages. — Milano, 1885. — F. Vallardi.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

ROUX (F.). Etude thérapeutique sur l'eau de source Yvonne de Chatel-Guyon. Brochure in-8 de 14 pages.

POLAILLON. Sur une néphrectomie suivie de guérison Brochure in-8 de 15 pages. — Paris, 1886. — Imprimerie Décembre.

PICARD (H.). Considérations pratiques sur l'urethre de l'homme. Brochure in-8 de 12 pages. — Paris, 1885. — Imprimerie Décembre.

PRÉTERRE (A.). Le protoxyde d'azote, son application aux opérations chirurgicales et particulièrement à l'extraction des dents sans douleur. Brochure in-8 de 104 pages. — Paris, 1884. — Chez l'auteur, 29, boulevard des Italiens.

WENDLING (V.). Contribution à l'étude des traitements modernes de l'hydrocèle simple de la tunique vaginale. Brochure grand in-8 de 131 pages. — Nancy, 1886. — Imprimerie Lorraine.

UNIVERSITÉ DE LIÈGE. Société médico-chimique. Rapport, 1884-1885. Brochure in-8 de pages. — Huy, 1886. — Imprimerie H. Philippart.

MARONI (A.). Singolare sentimento oscillatorio addomino-toracico, coincidente colla espirazione in un caso di tumore abdominale, ecc. Brochure in-8 de 15 pages. — Milan, 1886. — Dott. Francesco Vallardi.

GEMPT (te). Ueber Behandlung des runden Magensgeschwürs mit Eisenalbuminat. Brochure in-8 de 8 pages. — Berlin, 1886. L. Schumacher.

KASHIMURA. Die Bihandlung der Choléra mit Eisbentel. Brochure in-8 de 4 pages. — Wien, 1885, — Urban et Schwarzenberg.

COTTELL (H.-A). Esthetics of medicine. Brochure in-12 de 26 pages. — Louisville, 1886. — Morton and company.

MULLER (C.). Physiologisch studien uber psychophysik. Brochure in-8 de 51 pages. — Leipzig. — Veit et Comp.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT : *mardi* et *vendredi* à 9 h. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales :* M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales :* M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HÔPITAL COCHIN — *Médecine*. Service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Visite à 10 heures. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Leçons cliniques au lit des malades les lundis, mercredis, vendredis. (Voir page 470.)

Médecine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Visite à 10 heures. Leçons tous les mercredis à 10 heures. Leçons par les internes du service tous les vendredis. — Consultations les mardis, jeudis et samedis. — (H.) Salles Chauffard, Woillez et Beau. — (F.) Salles Briquet et Blache.

M. GOURAUD. — Visite à 10 heures. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. — (H.) Salle Saint-Jean ; 3, pleuro-pneumonie ; 7, rhumatisme articulaire, endo-péricardite ; 4, cancer du foie ; 6, aortite chronique, angine de poitrine ; 7, rétrécissement mitral ; 14, angine pultacée ; 20, scarlatine ; 22, péritonite tuberculeuse sous-diaphragmatique.—Salle Saint-Philippe : 19, ataxie ; 3, maladie de Werlhoff ; 4, cirrhose hypertrophique biliaire ; 5, ictère chronique par lithiase biliaire ; 12, lésion mitrale, mal de Bright ; 16, gastrite alcoolique ; 21, tuberculose pulmonaire et rénale. — (F.) Sainte-Marie : 1, asthme ; 4, fièvre typhoïde ; 6, cancer de l'œsophage, sonde à demeure.

M. GOMBAULT. — Visite à 10 heures. Baraques 1 et 3.

Chirurgie. — M. TH. ANGER. Consultations tous les jours. Visite à 9 heures.— (H.) Baraque 2 : Salle Saint-Jacques ; 7, phlegmon diffus ; 11, fracture de cuisse, suture osseuse ; 12, cataracte ; 13, sarcome de la cuisse ; 14, fistule pénienne ; 19, hernie épigastrique, cure radicale ; 20, 22, ostéomyélites. — (F.) Salle Cochin : 1, hernie étranglée, anus contre nature ; 2, cancer du rectum, anus iliaque ; 3, arthrite blennorrhagique ; 10, hygroma suppuré de la bourse séreuse rétro-trochantérienne ; 11, pelvi-péritonite, pleurésie diaphragmatique ; 12, irido-choroïdite rhumatismale ; 18, hernie crurale étranglée ; 19, kyste du creux poplité.

Accouchement. — M. BOUILLY. Visite à 10 heures.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.— *Médecine* : M. le professeur GRANCHER.—Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures — M. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. —M. LABRIC. Consultation le vendredi.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN RUE DE RENNES, 71.

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 25. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 JUIN 1886

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon ;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

SIXIÈME LEÇON (1).

Morphologie et biologie du bacillus anthracis.

SOMMAIRE. Etude de la bactéridie dans ses trois formes essentielles : forme bacillaire, filamenteuse et sporulaire. — Dans le corps des animaux la bactéridie n'existe qu'à l'état bacillaire. — Description du bacille : c'est une cellule végétale. — Emploi des méthodes de coloration. — Etat filamenteux. — Méthodes de culture. — Aspect des cultures dans les milieux liquides et solides. — Spores. — Leur disposition dans le filament. — Leur mode de germination. — Différences morphologiques du bacillus anthracis et du bacillus subtilis.

Biologie du bacillus anthracis. — Différences de ses conditions de vie, selon qu'il est à l'état de bacille ou de spore. — Résistance différente, sous ces deux formes, à l'inanition, la dessication, l'absence d'oxygène, l'élévation de la température. — Action de la lumière solaire.

Messieurs,

La *bactéridie du charbon* (Dav.), *bacillus anthracis* (Cohn) est un schizomycète qui, dans la classification de Cohn, rentre dans la théorie des *Desmobactéries* et dans le genre *Bacille.* Comme nous venons de le voir et comme nous allons le montrer avec plus de détails, le bacillus anthracis est un organisme polymorphe dont l'aspect, le mode de croissance et de reproduction aussi bien que les propriétés physiologiques et l'action pathogène varient selon diverses conditions, dont quelques-unes du moins sont bien connues. Au point de vue descriptif, on peut lui assigner trois formes distinctes : la forme bacillaire, la forme filamenteuse et la forme sporulaire. C'est sous ces trois formes que nous allons l'étudier, tout en faisant remarquer que cette division, commode au point de vue didactique, n'a rien d'absolu, en ce sens qu'il s'agit là d'une succession continue d'états évolutifs dont cette division marque simplement les étapes principales.

A. *Etat bacillaire.* C'est sous cet état que la bactéridie apparait toujours dans le corps des animaux atteints de charbon, c'est sous cette forme qu'elle a été découverte et décrite tout d'abord, c'est aussi celle qui, pour nous, est la plus intéressante, puisque c'est toujours à cet état que s'exerce son action pathogène sur les animaux et sur l'homme. Qu'on prélève sur un animal qui vient de succomber au charbon, une goutte très petite de sang, qu'on l'étale en couche mince sous la lamelle et qu'on examine à un grossissement convenable, et l'on aura sous les yeux le spectacle saisissant si bien décrit en quelques mots par M. Pasteur : « des globules rouges, plus ou moins agglutinés, coulant comme une gelée un peu fluide, des globules blancs en nombre plus grand que dans le sang normal et des bâtonnets qui nagent dans le sérum limpide. » Ces bâtonnets sont droits, flexibles, cylindriques, immobiles, homogènes, transparents comme du verre. Les uns paraissent constituer un bâtonnet unique, les autres sont formés de deux ou trois articles (rarement davantage) placés bout à bout, séparés par une scissure nette, l'adhérence des segments contigus ne se faisant plus que d'une façon lâche et souvent par un des angles seulement. L'épaisseur des bâtonnets est d'environ 1 à 1,25 μ ; la longueur est très variable, entre 5 et 20 μ. Tel est l'aspect que présente le bacillus anthracis, examiné dans le sang ou dans les produits charbonneux frais, sans autre mode de préparation.

Si l'on traite la préparation par l'acide acétique concentré, on voit les globules rouges et blancs pâlir et disparaître, les bacilles au contraire persister avec plus de netteté ; ils résistent de même à l'action de la potasse caustique, de l'acide chlorhydrique, sulfurique, etc., et c'est en se basant sur ce caractère que Pollender déjà et Delafond avaient admis leur nature végétale.

La méthode de coloration à l'aide des couleurs basiques d'aniline a beaucoup facilité la recherche et l'étude des bacilles dans les liquides et dans les tissus charbonneux. Ces colorations se pratiquent soit sur des produits charbonneux étalés sur une lamelle (Koch) soit sur des coupes d'organes (Weigert).

Dans le premier cas, on étale en couche très mince sur une lamelle à couvrir, du sang ou d'autres liquides charbonneux, ou on frotte à la surface de la lamelle une pareelle très petite de tissu ; on laisse sécher à l'air, puis on fixe et on coagule la mince couche albumineuse ainsi obtenue (pour l'empêcher de se redissoudre dans le liquide colorant) en plaçant la lamelle à l'étuve à 115° pendant plusieurs heures, ou plus commodément, en la passant, la face enduite tournée en haut, trois fois, assez lentement, à travers la flamme d'une lampe à alcool. La lamelle est ensuite mise flotter, la face enduite dirigée en bas, dans une solution aqueuse, de concentration moyenne, de couleur basique d'aniline (violet de méthyle, fuchsine, bleu de méthylène, etc.). Au bout de quelques minutes, la coloration est suffisante, on lave la lamelle à l'eau distillée et, pour la simple orientation, on peut examiner directement dans l'eau. Si l'on veut conserver la préparation, on la passe rapidement à l'alcool absolu, on l'éclaircit par l'essence de clou de girofle et l'on monte dans le baume. Pour l'étude des détails, on se servira d'un objectif à immersion homogène, avec éclairage Abbé et miroir plan, sans diaphragme.

Les coupes fines d'organes charbonneux, pratiquées sur des pièces durcies par l'alcool absolu, se colorent très bien par la simple méthode de Weigert ainsi que par celle de Gram. On obtient des préparations très élégantes par la méthode de la double coloration de Weigert (1).

Si l'on traite par ces procédés des préparations de filaments contenant des spores, celles-ci demeurent incolores dans l'intérieur du filament coloré ; mais

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13 et 15.

(1) Pour les détails à ce sujet, consulter : Koch. *Verfahren zur Untersuchung der Bacterien* (*Beitrage zur Biol. der Pflanzen, Bd. II*, 1877, p. 399) et *Mittheilungen aus dem kais. Gesundheitsamte*, Bd. 1, 1881, p. 3. — Weigert : *Zur Technik der microscopischen Bacterien-Untersuchungen* (*Virchow's Arch.* 1881, Bd. 84, p. 275). — Cornil et Babes. *Les Bactéries*, Paris, 1885, p. 64 et suiv., et p. 492 et suiv.

récemment on a réussi à colorer aussi les spores, soit isolément, soit en même temps que les filaments, par une double coloration. Pour colorer les spores seules, on procède de la façon suivante : une parcelle de la culture est étalée et séchée sur une lamelle ; puis on soumet la lamelle pendant près d'une heure à une température d'environ 200°, ou bien on la passe à travers la flamme de la lampe à alcool, non pas trois fois seulement, mais une dizaine de fois ; puis on colore, comme d'habitude, par une solution aqueuse de couleur basique d'aniline. A la suite de ce chauffage plus intense, le protoplasma des filaments est altéré au point de ne plus fixer la matière colorante ; les spores au contraire, et elles seulement, se colorent. Il est probable que la température élevée a modifié la structure de l'enveloppe de la spore et a triomphé de la résistance qu'elle oppose à la pénétration de la matière colorante (H. Buchner, Hueppe). La double coloration des spores et du filament s'obtient, ainsi que l'a montré Neisser, à l'aide du procédé d'Ehrlich pour la coloration du bacille de la tuberculose : la lamelle (passée trois fois à travers la flamme) est mise dans une solution chaude de fuchsine dissoute dans l'eau d'aniline (liquide d'Ehrlich) ; on décolore par l'acide nitrique au tiers ou par l'alcool absolu, on lave à l'eau, puis on colore à nouveau rapidement dans une solution de bleu de méthylène ; les spores apparaissent alors colorées en rouge dans l'intérieur du filament coloré en bleu (1).

Grâce à ces divers artifices de préparation, on a pénétré plus avant dans la connaissance de la morphologie du bacillus anthracis. On peut, aujourd'hui, avec la plupart des botanistes, considérer les bacilles comme étant des cellules végétales, qui s'accroissent, se divisent et se multiplient comme elles. La cellule bacillaire (Bacterienzelle) est formée par un corps protoplasmique homogène, transparent, de nature probablement albumineuse (albumine et nucléine), qui se colore en jaune ou en brun par la teinture d'iode et offre une grande avidité pour le carmin et les couleurs dérivées de l'aniline. Autour de cette masse protoplasmique existe une membrane (membrane cellulaire) que rend surtout apparente l'emploi de certains réactifs, la teinture d'iode, notamment, qui colorent et rétractent le protoplasma sans agir de même sur l'enveloppe. Cette enveloppe n'est sans doute que la couche interne, plus dense, d'une atmosphère gélatineuse qui entoure le protoplasma. La cellule bacillaire, arrivée à une certaine longueur, se divise par segmentation en deux cellules-filles. Cette segmentation s'accuse par l'apparition d'une fine ligne transversale qui souvent, à son début, est tellement mince qu'elle échappe facilement à l'observation et n'apparaît qu'avec l'emploi des réactifs appropriés.

Dans le sang et dans les tissus des animaux atteints de charbon, ce mode de reproduction est *le seul* que l'on observe. La forme filamenteuse et, *a fortiori*, les spores ne se développent jamais dans ces conditions et les assertions de ceux qui décrivent des spores dans le sang ou dans les organes d'animaux charbonneux ne reposent que sur des erreurs d'observation.

Les dimensions des bacilles, tant en épaisseur qu'en longueur, sont un peu variables selon les diverses espèces animales atteintes de charbon. Ainsi, selon M. Huber, les bacilles seraient plus courts chez le bœuf, plus longs chez le cobaye, plus longs encore chez la souris (1). Il m'a semblé, sans cependant que j'aie pratiqué de mensurations, que les bactéridies étaient plus courtes chez l'homme que chez les rongeurs.

Du reste, chez le même animal atteint de charbon, la longueur des bacilles peut varier selon le siège des lésions qu'on examine, ou bien selon d'autres circonstances. Ainsi chez les rongeurs (lapins, cobayes) inoculés sous la peau avec du virus charbonneux, les bacilles que l'on rencontre au lieu même de l'inoculation, dans l'œdème gélatiniforme sous-cutané qui s'y développe, sont souvent beaucoup plus longs que ceux que l'on rencontre dans le sang. Il est probable que dans ce dernier liquide, en vertu du mouvement dont il est animé, les bacilles en voie de végétation sont plus rapidement divisés en segments indépendants les uns des autres.

De même, sur des cobayes inoculés avec du virus atténué (vaccins de Pasteur), qui succombaient à l'inoculation, mais au bout d'un temps plus long que s'ils avaient été inoculés avec le charbon virulent (au bout de 4 à 5 jours, au lieu de 36 à 48 heures), nous avons constaté, M. Roux et moi, en pratiquant des coupes sur les divers organes, le rein, le foie, le poumon, que les capillaires de ces organes étaient souvent remplis de bacilles extrêmement longs; il semble que dans ces cas les bacilles manifestent une certaine tendance à se comporter comme ils le font quand on les cultive dans un milieu inerte et ébauchent la forme filamenteuse. MM. Koch, Gaffky et Löffler ont fait la même constatation sur des souris inoculées avec des cultures atténuées.

B. *Etat filamenteux* (mycélium). La bactéridie présente ce mode de croissance en dehors de l'économie vivante, lorsqu'elle est placée dans un milieu nutritif approprié, liquide ou solide, à une certaine température et en présence de l'oxygène de l'air. Pour l'étudier à cet état, il est donc nécessaire de pratiquer ce qu'on appelle des *cultures*. Nous avons dit que Delafond est le premier qui ait tenté la culture de la bactéridie en dehors de l'organisme et qu'il a vu se produire l'allongement des bacilles dans le sang retiré des animaux charbonneux et conservé dans des vases de verre à une température convenable. Mais c'est M. Koch qui a observé le premier l'évolution complète de la bactéridie, en l'ensemençant dans des liquides propres à la nourrir. Il a pu ainsi faire des cultures successives et découvrir la formation de la spore. M. Koch cultivait la bactéridie dans des gouttelettes de l'humeur aqueuse de l'œil du bœuf ou de sérum frais du sang, gouttelettes suspendues à la face inférieure de la lame à couvrir, et il pouvait ainsi suivre au microscope la croissance, la sporulation et la germination de la bactéridie.

M. Pasteur a appliqué à l'étude de la bactéridie les puissantes et rigoureuses méthodes qu'il avait créées dans ses travaux sur les fermentations. De même qu'il avait cultivé la levûre de bière, le ferment lactique, le ferment butyrique, à l'état de pureté, dans des liquides purs et appropriés à la vie de chacun de ces êtres, il fit végéter la bactéridie du charbon, d'abord dans le liquide minéral qui porte son nom, puis dans l'urine stérilisée et rendue légèrement alcaline et il put ainsi en préparer des quantités aussi grandes qu'on pouvait désirer. Un des milieux les plus favorables à la culture de la bactéridie, et qui est couramment employé, est le

(1) Voir Hueppe. — *Die Methoden der Bacterien-Forschung*, 1re édit. 1885. p. 56.

(1) Huber (K.). *Experimentelle Studien uber Milzbrand.* (Deutsche med. Wochen S. 1881, p. 89).

bouillon de veau ou de bœuf rendu légèrement alcalin.

Dans un ballon stérilisé contenant du bouillon ainsi préparé, nous portons avec pureté, à l'aide d'un fil de platine ou d'un tube de verre étiré, une gouttelette de sang pris dans le cœur d'un animal qui vient de succomber au charbon; la quantité de sang ainsi apportée dans le liquide est si petite qu'elle n'en trouble en rien la limpidité. Puis on met le vase à l'étuve à la température de 30 à 35°. Au bout de quelques heures on voit des flocons ténus nager dans le liquide; ces flocons grossissent et conservent une certaine cohésion, de sorte qu'ils résistent à une légère agitation imprimée au liquide qui reste limpide dans leur intervalle. Dans les heures suivantes, ces flocons deviennent assez volumineux pour former comme un nuage au sein du liquide. Cet aspect floconneux de la culture de la bactéridie dans le bouillon est caractéristique.

Si avec une pipette on transporte sur le porte-objet un des flocons de la culture et qu'on l'examine au microscope, on voit qu'il est formé de filaments extrêmement longs, cylindriques, non ramifiés, onduleux, tordus quelquefois les uns sur les autres ou enchevêtrés comme des paquets de corde (fig. 00). Examinés à l'état frais, ces filaments paraissent homogènes dans toute leur longueur, sans trace de séparation transversale, sauf les points où il existe des ruptures. Mais si l'on fait des préparations colorées, on constate que ces filaments sont formés par une gaine hyaline délicate renfermant une rangée de masses protoplasmiques, cubiques ou allongées; celles-ci sont séparées les unes des autres par des cloisons transversales et chacune d'elles représente une cellule végétative. En même temps que s'effectue ce travail de croissance par allongement et segmentation transversale, on voit apparaître dans l'intérieur des cellules végétatives les organes de reproduction proprement dits, les spores. Après quelques jours de séjour à l'étuve, le bouillon dans lequel a poussé la bactéridie a légèrement bruni et est redevenu limpide, et sur le fond du vase s'est déposée une fine poussière qui se soulève quand on agite le liquide. A l'examen microscopique de ce dépôt, on ne trouve plus les longs filaments dont il ne reste que des fragments pâlis. Ils ont fait place à des spores nombreuses, refringentes, les unes libres et animées de mouvement brownien, les autres encore alignées à la file et dessinant le filament qui leur a donné naissance.

On sait qu'un bacille banal, non pathogène, extrêmement répandu dans la nature, le *bacillus subtilis* (bacille de l'infusion de foin) présente avec le bacillus anthracis d'étroites analogies morphologiques et biologiques. Néanmoins, il est très facile de les distinguer par l'aspect des cultures dans le bouillon. Si, dans les mêmes conditions qui viennent d'être dites, on sème le bacillus subtilis, on voit le liquide se troubler *dans sa totalité* au bout de quelques heures, puis présenter à sa surface un voile sec, qui peu à peu s'épaissit et devient rugueux. Le microscope nous montre que, dans le liquide trouble, nagent des bacilles mobiles, isolés, et que le voile est formé d'un feutrage serré de filaments devenus immobiles et qui bientôt montrent des spores dans leur intérieur. Plus tard, le voile se désagrège, les spores tombent au fond du vase et le liquide s'éclaircit.

La culture de la bactéridie charbonneuse dans *les milieux solides* a aussi un aspect particulier. Piquons, comme le fait M. Koch, un tube de gélatine nutritive bien transparente avec un fil de platine portant à son extrémité un peu de sang charbonneux et mettons ce tube à la température ordinaire du laboratoire. Au bout d'un jour, on verra la gélatine se fluidifier à la partie supérieure et de haut en bas, en même temps qu'il s'y forme des flocons blancs, d'où partent presque toujours de fins filaments enchevêtrés et ramifiés qui donnent à la culture une apparence arborescente. Toutefois, cet aspect de la culture n'est pas constant et dans certains cas, quand la végétation est ralentie, l'aspect arborescent fait défaut et la gélatine fluidifiée renferme des flocons blanchâtres, arrondis, grumeleux. Le bacillus subtilis, cultivé dans les mêmes conditions, fluidifie également la gélatine, mais beaucoup plus rapidement et la culture n'a pas l'aspect rameux.

Cultivée dans de la gélatine étalée en couche mince sur une plaque de verre (*cultures sur plaques* de M. Koch) la bactéridie charbonneuse se développe sous forme de colonies arrondies qui, examinées à un faible grossissement, présentent au centre un aspect filamenteux, enchevêtré; à la périphérie de la colonie ces filaments sont assez régulièrement onduleux.

Semée sur l'agar-agar, la bactéridie ne le fluidifie pas et forme une croûte sèche, facile à enlever. Cultivée sur une section pure de pomme de terre cuite, la bactéridie forme des colonies sèches, blanches, qui restent circonscrites aux points d'inoculation. *(A suivre.)*

ASSISTANCE PUBLIQUE

De la mortalité dans les hôpitaux de province et de la nécessité d'une réforme radicale de l'Assistance publique (*suite*) (1);

Par A. REGNARD.

II

Mais, ici, se dresse en face de nous l'esprit bureaucratique, dans toute sa morgue et toute sa mesquinerie (2).

« L'économie avant tout, vous crie-t-on; équilibrons le budget! tout est là. Vous en parlez à votre aise, vous autres philosophes, hommes politiques, médecins, etc. Et l'argent! Il s'agit bien de vastes salles! Il s'agit bien de donner à des gueux, à des mendiants qui, chez eux, ne mangeraient que des pommes de terre, des 300 gr. de viande par jour! Tout cela c'est du pathos, de la philantrophie et du socialisme! Libre à M. le Dr Richardson de proclamer que « les malheureux incapables de travailler doivent être entretenus d'une façon qui prouve que la dignité humaine n'est pas abolie chez eux, et qu'étant dignes d'être conservés, ils sont dignes aussi de recevoir les soins d'une respectueuse tendresse (3). » On voit bien que dans le pays de ce docteur l'Assistance publique est obligatoire. Chez nous, comme l'a dit un des nôtres, « l'Assistance ne constitue pas, et *c'est un honneur pour notre pays*, une dépense obligatoire de l'Etat et de la commune (4). »

(1) Voir *Progrès médical* n° 24, 1886, p. 18..

(2) J'ai dû laisser de coté la question des lieux d'aisance; sans contester son extrême intérêt, je nie formellement qu'elle constitue le point le plus important de l'hygiène hospitalière. Elle vient en troisième ordre — et à distance — après l'aération et le régime. Dans presque tous les hôpitaux cités dans nos statistiques, j'ai trouvé des fosses fixes. Il n'est pas douteux du reste que le système du tout à l'égout ne soit le seul qui remplisse sérieusement le but.

(3) Richardson. *A City of health*. London, 1876, p. 38.

(4) *Rapport au Ministre de l'Intérieur sur les Bureaux de Bienfaisance*, par P. Bucquet, 1871

Quel honneur? on se le demande. Ces Messieurs devraient plutôt parler ici de « bonheur », puisque cette jurisprudence leur permet de se donner des airs d'hommes généreux, tout en laissant mourir à moitié de faim, dans des morgues anticipées, les misérables qui ont recours à l'aide et à la protection de la Collectivité.

C'est une honte, — voilà la vérité, — pour la France républicaine, que cette substitution, dans nos lois, du système de l'aumône et de la charité catholique au principe de la solidarité et de la bienveillance humaine. Heureusement, pour notre gloire, que ces grandes idées, aujourd'hui obscurcies, n'ont jamais été affirmées plus énergiquement que dans notre pays, dans les temps meilleurs d'enthousiasme et d'espérance. « L'Etat doit à tous les citoyens une subsistance assurée (1) », disait déjà Montesquieu — reproduisant sur ce point encore la formule même de l'immortel auteur de la *Politique* : « Il faut que chacun des membres de l'Etat soit assuré de sa subsistance (2) ». Et la déclaration des droits de l'homme de 1793 le proclamait en termes aussi énergiques que précis: « Les secours publics sont une dette sacrée. » (art. 23.)

Sans doute, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, si la misère doit être soulagée, il ne faut pas que les secours deviennent jamais une prime accordée à l'ignorance et la paresse (3). Mais, un pareil abus qui, certainement, existait autrefois en Angleterre, est toujours facile à réprimer, comme il l'a été dans ce pays, par la nouvelle *Poor Law* de 1834. Cette objection — la seule qu'on puisse opposer au principe de l'Assistance obligatoire — n'est donc pas sérieuse et la vérité est que ce principe a été inscrit dans les lois de toutes les grandes nations, à commencer par ce peuple romain, dont nous devons tenir à honneur de nous proclamer les plus directs et les plus dignes successeurs. Les *Leges frumentariæ* en font foi, et en particulier cette loi *Sempronia* due à C. Gracchus, (631, U. C.) qui décidait qu'à l'avenir tout citoyen résidant à Rome et qui se ferait inscrire aurait droit à une prestation mensuelle de 5 *modii* de froment (8 litres environ). « Au temps de Clodius, dit M. Ch. Gallet, la gratuité existait à l'égard de ces distributions. La *Plebs*, c'est-à-dire le peuple entier, hors les sénateurs et les chevaliers, recevait cinq mesures de blé par mois. C'était l'Assistance obligatoire dans la plus large acception du mot ; l'Etat devait pourvoir à tous les besoins des classes pauvres (4). » Il est vrai que le même M. Gallet, plus fort que Pline, que Montesquieu et que les législateurs de 93, nous félicite d'avoir « rayé de nos lois constitutionnelles ce pretendu (?) droit à l'Assistance obligatoire source de misère à Rome, et l'une des principales causes de la ruine de l'Empire Romain. » On avait cru jusqu'ici que, pour ce qui regarde les raisons d'ordre économique, les « latifundia » avaient joué le grand role dans la perte de l'Italie: il est vrai que les « optimates » ayant accaparé tous les biens, il fallait au moins par mesure de prudence donner leur subsistance à ceux qui se trouvaient forcément hors d'état de la gagner. Mais il saute aux yeux, par cela meme que l'Assistance obligatoire prolongea, au contraire, la durée de la puissance Romaine, minée par des causes très diverses, surtout lorsque par l'invasion du christianisme, une bigoterie universelle, comme dit Montesquieu, abattit les courages et engourdit tout l'empire (1).

Il importe donc de revenir le plus vite possible aux vrais principes ; par quoi, j'entends ceux qui sont d'accord avec les données de l'expérience et de la raison. La tâche est facile, et pour la solution de ce problème, comme de tant d'autres, on n'a qu'à puiser dans l'arsenal de la Révolution. Il n'y a pas chez nous, en réalité, de loi proprement dite sur l'Assistance publique : il en faut une, je n'ai pas la prétention de la formuler ici ; mais je veux en indiquer les bases, tirées directement de la déclaration des droits de 1793, et des décrets des 19, 24 mars de la même année :

Art. 1er. — Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler.

Art. 2. — Il sera attribué par chaque législature une somme annuelle à chaque département de la République, laquelle sera employée en secours en faveur de l'indigent.

Art. 3 (modifié). — L'Assistance publique devenant obligatoire, les biens des hôpitaux, domaines et fondations en faveur des pauvres feront retour à la Collectivité, qui pourra les mettre, proportionnellement aux besoins, à la disposition des départements et des communes chargés désormais de la distribution des secours et de la gestion des intérêts des indigents, sous la surveillance de l'Etat. Cette transformation devra concorder avec l'organisation complète et définitive des secours publics.

L'article original prescrit l'aliénation des biens des hospices, aliénation dont il ne saurait plus être question aujourd'hui, alors que les progrès de l'économie sociale, tous en germe dans la Révolution, ont établi le caractère exclusivement collectif de la propriété foncière. Les penseurs les plus éminents, le Dr A. Schaefle, Alfred Wallace, Stuart Mill comme Karl Marx sont unanimes à cet égard. « Le sol appartient à la nation qui l'a occupé et fait fructifier pendant des siècles, et non pas à tel ou tel individu qui ne peut jamais figurer que pour une part infime dans le travail des générations successives. L'Etat le reçoit des prédécesseurs pour le remettre aux successeurs, et ainsi se trouve confirmée la théorie matérialiste qui fait reposer sur lui seul la sanction de la propriété, lui seul étant ainsi, d'après les faits, d'après la justice, le légitime propriétaire. Il n'y a pas de vérité moins contestable que celle-là (2). »

Telles sont les mesures qui s'imposent si l'on veut sortir enfin de l'arbitraire et du système de l'aumône, pour rentrer dans la moralité et dans la justice. On n'en finirait pas, d'ailleurs, si l'on voulait énumérer toutes les absurdités de l'organisation actuelle, citer, entre autres choses, toutes les clauses ridicules introduites par les donateurs, par les auteurs de fondations pour les hospices. Est-il admissible, par exemple, pour citer l'hopital de Brive, que le neveu du cardinal Dubois puisse imposer aujourd'hui à cet établissement la charge d'élever douze jeunes filles prises, un tiers dans la noblesse, un tiers dans la bourgeoisie, un tiers dans la famille du donateur? Est-il logique, qu'à l'encontre des règlements existants, et, sous prétexte de « fondations », une foule d'hospices soient encombrés d'écoles, où les enfants reçoivent, d'ailleurs, l'éducation religieuse que l'on sait?

(1) Montesquieu. *Esprit des Lois*, l. XXIII, 29.
(2) Aristote. *Politique*, V. 1.
(3) A. Regnard. *Histoire de l'Angleterre contemporaine*.
(4) Ch. Gallet. *De l'Assistance publique à Rome et des établissements hospitaliers en France*. Poitiers, 1881, p. 6.

(1) *Grandeur et décadence des Romains*, ch. 22.
(2) Cf. A. Regnard. *L'Etat*, 1 volume in-8. Paris. Derveaux. An. 93-1885, p. 234, sq.

En vain objecterait-on que les gens disposés à faire des legs aux hôpitaux seront découragés. La toute-puissance de la collectivité remplacera avantageusement la bonne volonté, c'est-à-dire le caprice des particuliers ; d'ailleurs, et dans l'état actuel des choses, les dons et legs deviennent de plus en plus rares à mesure que les établissements hospitaliers s'affranchissent du joug religieux, tous ces donateurs étant beaucoup plus influencés par « l'amour du bon Dieu », comme me le disait récemment une « bonne sœur », c'est-à-dire par le désir de s'assurer le salut éternel, que par celui de soulager les misères humaines. J'ajoute qu'il est indécent de voir une commune de 12.000 âmes, comme celle de Beaune, par exemple, posséder un hôpital doté d'un revenu de 230.000 fr., tandis que les hospices de tel chef-lieu de département n'ont que 30.000 fr. de rentes, sans parler du nombre considérable de petites localités où l'on nourrit insuffisamment, faute de deniers, des pauvres diables recueillis dans des hôpitaux qu'il est d'ailleurs urgent de supprimer. Ce sont là des vestiges de l'ancien régime dont la conservation, préjudiciable à tous égards, ne peut se justifier à aucun point de vue. « L'utilité est la loi suprême, écrivait déjà notre Diderot, il y a plus d'un siècle, et ne doit être balancée ni par un respect superstitieux pour ce qu'on appelle l'*intention des fondateurs*, — comme si des particuliers ignorants et bornés avaient eu le droit d'enchaîner à leurs volontés capricieuses les générations qui n'étaient point encore — ni par la crainte de blesser les droits prétendus de certains corps, comme si les corps particuliers avaient quelques droits vis-à-vis de l'Etat. Les citoyens ont des droits et des droits sacrés pour le corps même de la société... Mais les corps particuliers n'existent point par eux-mêmes, ni pour eux ; ils ont été formés pour la société, et ils doivent cesser d'être au moment qu'ils cessent d'être utiles (1). »

Je n'ai pas à insister ici sur les détails de l'organisation nouvelle ; il suffit de savoir, qu'étant juste et légitime, elle est aisément réalisable. Certes, il faut que le budget soit équilibré ; mais, dans une société où la moitié environ des membres qui la composent sont condamnés à dépérir dans le salariat (2), l'équilibre doit s'établir aux dépens des « trop riches », pour le plus grand avantage des misérables.

Non seulement l'impôt progressif sur le capital et sur le revenu fournira le supplément de ressources nécessaires ; mais le budget de l'Assistance publique proprement dite, sera, de plus, singulièrement allégé par l'adoption d'une mesure préliminaire et indispensable. Je veux parler de l'assurance ouvrière obligatoire, de l'institution de ces caisses alimentées par le patron surtout et par l'Etat (3), et qui garantiront à l'ouvrier des secours sérieux dans le cas de *chômage*, *d'accident* ou *de maladie*, une retraite pour sa *vieillesse*, et, en cas de *mort*, une rente suffisante pour permettre d'élever les enfants et de soutenir la veuve. C'est là une condition de la dernière importance, indispensable, oserai-je dire, pour compléter tout projet sérieux d'assistance obligatoire. Malgré l'horreur manifestée par l'immense majorité de nos hommes politiques pour toutes les mesures ayant un caractère socialiste, je ne pense pas qu'ils puissent se refuser plus longtemps à une réforme aussi urgente, que des nations voisines, même monarchiques, ont déjà en partie réalisée (1).

Une direction générale de la santé et de l'Assistance publique devra être installée au ministère de l'intérieur. Un *Conseil supérieur de la Santé et de l'Assistance publique*, recruté parmi les hommes compétents, aura pleins pouvoirs pour trancher toutes les questions relatives à l'hygiène et aux établissements de bienfaisance. Le directeur en sera le président *effectif*, tenu d'assister aux séances, seul moyen pour lui de se tenir au courant, d'une façon sérieuse, des problèmes à résoudre ; son rôle consistera surtout à faire exécuter les décisions du Conseil. Les inspecteurs généraux feront, de droit, partie de ce conseil : personne ne songera désormais à contester leur utilité, étant bien entendu que leur surveillance s'exercera surtout au point de vue de l'hygiène, de la salubrité et de la moralité, l'inspection des finances suffisant, en général, à la vérification des comptes. Les communes et les départements continueront, comme par le passé, à présenter les plans et projets relatifs à la création d'établissements hospitaliers nouveaux ou à la modification des anciens ; mais au Conseil seul appartiendra le droit de les rejeter ou de les admettre. Il ne sera plus loisible aux bureaux de faire décréter d'utilité publique un établissement quelconque sans prendre son avis. La Santé et l'Assistance publique, sont, au même titre que l'instruction, affaires essentiellement nationales et non exclusivement communales. Mais encore faut-il que le Pouvoir central soit représenté ici, comme en toute autre matière, par des hommes compétents. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'isolement des maladies contagieuses dans les Hôpitaux d'enfants.

Nous avons maintes fois déploré l'insuffisance de l'isolement dans les hôpitaux d'enfants de Paris. Le nombre des victimes de la contagion nosocomiale est toujours considérable, l'Administration n'ayant presque rien fait pour en diminuer l'importance. Si l'Assistance publique des enfants n'a pas fait de sensibles progrès en France dans ces dernières années (2), par contre elle s'est manifestée à l'étranger par d'heureuses innovations. Dès l'année 1869, un essai d'isolement sérieux des maladies contagieuses était tenté avec un certain succès à l'*Hôpital du prince d'Œdenbourg*, à Saint-Pétersbourg. Cet hôpital d'enfants comprenant 262 lits avait été construit d'après le projet du Dr Rauchfuss, partisan convaincu de l'isolement. Voici en quelques mots le plan de cette construction : outre le bâtiment principal destiné à la médecine et à la chirurgie, des pavillons isolés sont réservés à la rougeole, à la variole, à la scarlatine, et aux cas douteux (chambres de *quarantaine* ou d'*observation*).

Donc, en Russie, dès l'année 1869, les maladies précédentes étaient parfaitement isolées. A Paris, en l'an de grâce 1886, cet isolement n'existe dans nos hopitaux d'enfants que pour la diphthérie. Cependant, quelque

(1) Article *Fondation*, dans l'*Encyclopédie* de Diderot et de d'Alembert.

(2) Cf. L'*Etat*. *Loc. cit.*, p. 217.

(3) Dans le cas de salaire élevé, dépassant la moyenne (par exemple au-dessus de 1,500 francs pour Paris), la prime pourra être payée par l'ouvrier lui-même.

(1) Dans sa séance du 29 mai 1884, le Reichstag a voté par 218 voix contre 99 la loi sur l'assurance obligatoire contre la maladie. *Voy.* Brentano, *Die Arbeiterversicherung*, 1879.

(2) La charité privée a fait beaucoup pour les enfants à Paris et dans plusieurs villes par la création des Dispensaires.

satisfaisants qu'aient été les résultats obtenus à l'hôpital de Saint-Pétersbourg, ils n'ont pu arrêter le zèle ardent des promoteurs de l'isolement et le Dr Rauchfuss a eu la satisfaction de voir réaliser les perfectionnements qu'il désirait. C'est à Moscou, en juillet 1876, qu'a été inauguré l'hôpital Saint-Vladimir, cet hôpital modèle au point de vue de l'isolement des maladies contagieuses. Après dix ans de fonctionnement, il est permis d'apprécier l'œuvre et ses résultats.

Voici d'abord un aperçu des dépenses de premier établissement et d'entretien : 1° M. Paul von Dervies a donné pour la construction de l'hôpital 400.000 roubles ; — 2° La ville de Moscou a fourni le terrain qui n'a pas moins de 133 449 mètres carrés ; — 3° Frais d'entretien annuel supportés par la ville de Moscou, 60.000 roubles (1).

Le nouvel hôpital ne contenant que 180 lits, on dispose de 740 mètres carrés de terrain par malade, proportion que bien peu d'hôpitaux Européens possèdent.

Cette étendue a permis non seulement d'admettre le système des bâtiments isolés à un étage, mais encore d'établir un pavillon spécial pour chacune des maladies contagieuses (scarlatine, rougeole, variole, diphthérie) et de construire un bâtiment séparé pour le service du traitement externe. Quant au *bâtiment principal* (services de chirurgie et de médecine), le Dr Rauchfuss a adopté un système de *construction mixte* à pavillons et à petites salles situées le long d'un corridor latéral. Ajoutons que le chauffage et la ventilation sont parfaitement compris. La distribution des malades dans les chambres de 1 à 4 lits ou dans les pavillons de 16 lits se fait facilement selon l'âge des enfants et la nature de leurs maladies. Les 3 pavillons de 16 lits peuvent être complètement *isolés* de la partie centrale, à corridor latéral, en cas d'apparition d'une maladie contagieuse dans un de ces pavillons. Il va sans dire que le malade atteint d'affection contagieuse est immédiatement transporté dans un des 4 pavillons séparés exclusivement, réservés aux fièvres éruptives et à la diphthérie.

Chaque pavillon du bâtiment principal ainsi que la partie centrale (à corridor latéral), a son entrée spéciale dans le jardin et ses bains spéciaux, ses cabinets, etc. Chacune de ces quatre parties (3 pavillons et partie centrale) se trouve donc *complètement indépendante* et peut être entièrement isolée. Une grande salle de récréation et de gymnastique réunit les malades des pavillons non isolés. Le premier étage de ce bâtiment contient 4 chambres (8 lits) destinées aux maladies qui exigent un isolement plus ou moins prolongé (érysipèle, coqueluche). Cet étage contient encore les dortoirs des infirmières, des surveillantes, l'appartement de l'inspectrice et la lingerie. Les 3 pavillons n'ont qu'un rez-de-chaussée; la partie centrale (à corridor latéral) a seule un premier étage.

Chacun des 4 bâtiments isolés est destiné à recevoir une des maladies les plus contagieuses (rougeole, scarlatine, variole, diphthérie). Au bâtiment de la diphthérie sont annexés les logements de l'interne et de l'inspectrice du service des maladies contagieuses, ainsi que des chambres spéciales pour les maladies mixtes (rougeole et scarlatine, scarlatine et diphthérie, etc.) et pour les cas douteux au moment de l'admission (rougeole ou variole ? rubéole ou rougeole? etc.). Tous ces bâtiments sont placés à de grandes distances les uns des autres.

Le bâtiment qui comprend le service externe et le bureau d'admission a un rez-de-chaussée et un étage. A l'entrée du service externe on trouve une chambre d'*observation* ou de *quarantaine* pour les cas douteux, de sorte que l'isolement est pratiqué même pour les enfants qui suivent le traitement externe.

Près de la salle d'attente commune où sont admis seulement les enfants *non suspects* de maladies contagieuses se trouvent cinq cabinets de consultation, une salle d'opération, une petite pharmacie, une salle de bains et une chambre de repos. Celle-ci est destinée aux enfants qui doivent subir quelque opération, qui ont besoin de quelques heures de sommeil après le bain ou qui sont amenés de loin. On voit qu'à côté des services hospitaliers, il y a tous les éléments d'un véritable dispensaire.

Au premier étage de ce bâtiment se trouvent les logements des surveillantes, des infirmières et trois chambres (6 lits) pour les malades qui viennent d'entrer et dont l'affection encore indéterminée fait redouter une contagion quelconque. Le séjour dans ces chambres d'isolement ou de quarantaine est naturellement temporaire Il n'est pas possible d'aller beaucoup plus loin dans l'application de l'isolement hospitalier. Rien n'a été négligé à l'hôpital de Saint-Vladimir pour réaliser d'une façon pour ainsi dire parfaite l'isolement des maladies contagieuses. Non seulement les architectes se sont conformés aux prescriptions médicales les plus rigoureuses, mais encore rien n'a été épargné (espace et argent) pour assurer l'isolement absolu.

Cet isolement absolu n'était pas possible avec un nombre trop grand de malades ; 180 lits seulement ont été placés dans un terrain et des constructions qui en comportaient plus de 1.000. Il en résulte que le prix de chaque lit est fort élevé ; mais qu'importe si les résultats ont répondu à l'attente des organisateurs de l'œuvre. Or, examinons ces résultats : sans donner des détails circonstanciés, le Dr Rauchfuss affirme que le but fondamental a été pleinement atteint et la propagation des maladies contagieuses parmi les enfants admis à l'hôpital aurait été rendue impossible. Jusqu'à présent, pour éviter qu'une maladie contagieuse se propageât aux autres salles du bâtiment principal, il a toujours suffi de fermer les portes d'isolement de ce bâtiment, après avoir transféré le premier cas de maladie contagieuse dans le bâtiment isolé destiné à cette maladie. Nous aurions préféré à cette affirmation sincère quelques chiffres.

Ce n'est pas que nous doutions un seul instant de l'efficacité des mesures employées ; mais nous aimerions à apprécier numériquement cette efficacité. Nous regrettons cette lacune dans la brochure du Dr Rauchfuss et nous serions heureux de posséder un document récent et authentique sur les résultats des dix ans d'exercice (1876-86) de l'hôpital Saint-Vladimir de Moscou.

En théorie, nous sommes tous partisans à outrance

(1) Le rouble vaut 4 francs environ de notre monnaie.

de l'isolement des maladies contagieuses ; il n'y a pas de conversions à opérer chez les médecins ; mais il y en a chez les administrateurs, et l'éloquence des chiffres nous serait auprès d'eux d'un grand secours. Citons pour terminer les idées du Dr Rauchfuss relativement à l'Assistance publique des enfants dans les villes : 1° Etablir dans différents quartiers plusieurs *stations* pour le traitement externe avec pharmacie, chambres de repos, bains, salles d'isolement, quelques chambres pour l'admission des cas urgents. (Les dispensaires actuels remplissent à peu près les conditions exigées.)

2° Un service de transport des malades doit réunir ces lieux d'admission à l'*hôpital d'enfants* situé hors de la ville ou dans la banlieue. Le nombre des hôpitaux d'enfants sera proportionné à la population de la cité; chaque hôpital aura un service de traitement externe (dispensaire) pour les enfants du voisinage. Ces hôpitaux seront construits d'après les principes les plus rigoureux de l'isolement des maladies contagieuses. Le nombre des lits ne dépassera pas 250 ; un lit d'enfant pour 1.000 habitants paraît suffisant ; quant au traitement externe, il faut compter 150 consultations annuelles par 1.000 habitants. 3° Pour que ce chiffre de 1 lit pour 1.000 soit suffisant, il faut que les chroniques (scrofuleux, rachitiques, etc.) soient recueillis dans des maisons de convalescence ou des hospices.

Il appartient au Conseil municipal et à l'Administration d'examiner avec soin les documents que nous analysons et de voir dans quelle mesure ils doivent introduire les réformes réalisées en Russie dans l'organisation de nos hôpitaux d'enfants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. R. DUBOIS résume les intéressantes recherches qu'il poursuit depuis longtemps au sujet de l'*action sur la substance organisée des vapeurs de quelques liquides organiques neutres* (chloroforme, éther, sulfure de carbone, alcool). Ces vapeurs pénètrent dans l'intimité des tissus et se substituent sans changer la forme colloïdale du protoplasma, à l'eau qu'ils renferment normalement. Il ne s'agit pas là de phénomènes de dessication, de dessèchement, d'osmose; il y a une véritable affinité mise en jeu. L'expérience est très élégante et très démonstrative si l'on fait agir ces vapeurs sur certains tissus végétaux; car alors l'eau vient s'accumuler à la surface externe des organes sous forme de gouttelettes volumineuses. Cette propriété des liquides neutres explique pourquoi les graines ne peuvent germer en leur présence; elle permet également de comprendre le mécanisme de l'action antiseptique de ces vapeurs, en soustrayant l'eau que les spores et tous les organismes doivent absorber pour se développer.

M. W. VIGNAL étudie le *développement des éléments de la substance grise corticale des circonvolutions cérébrales*. Ces éléments sont au début de la vie utérine, semblables aux éléments de la substance grise de la moelle embryonnaire. Dès que la couche cellulaire apparaît, ces cellules se montrent avec un noyau volumineux, entouré d'un protoplasma granuleux émettant de nombreux prolongements : elles sont plus petites que celles de la substance grise embryonnaire de la moelle. Ces éléments restent à l'état indifférent jusque vers le milieu du sixième mois ; les premières cellules nerveuses qui apparaissent sont celles qui forment la partie inférieure de la troisième couche de Meynert. Dans la moelle, au contraire, les cellules nerveuses commençent à apparaître vers la dixième semaine de la vie intra-utérine. Il semble qu'il existe une relation entre le développement des couches nerveuses corticales et l'apparition des circonvolutions; c'est du reste à la même époque que commençent à se montrer les unes et les autres.

M. D'ARSONVAL a construit un *chronomètre à embrayage magnétique* qui permet de mesurer très exactement la vitesse absolue de l'agent nerveux dans les nerfs. Avec cet instrument M. BROWN-SÉQUARD a pu déjà déterminer la vitesse de transmission des impressions sensitives à travers la moelle épinière normale ou pathologique : il est facilement manié par le clinicien et le praticien.

M. H. DE PARVILLE signale une *illusion visuelle* à propos de l'oscillation apparente des étoiles. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

MM. PITRES et VAILLARD communiquent, avec pièces histologiques à l'appui, les résultats de leurs recherches sur les altérations du système nerveux périphérique dans le rhumatisme articulaire chronique, déformant ; affection, disent-ils, qui, par ses allures cliniques et ses manifestations symptomatiques, rappelle à certains égards quelques variétés des troubles dits *trophiques*. On admet généralement que les nerfs ne sont pas lésés chez les sujets atteints de cette maladie. Il n'en est pas toujours ainsi, et chez deux sujets examinés à cet égard, MM. Pitres et Vaillard ont rencontré dans les organes des altérations diffuses et profondes. Les deux malades avaient présenté durant leur vie les manifestations les plus typiques du rhumatisme déformant avec lésions osseuses considérables et aussi des troubles trophiques cutanés ou unguéaux. Les divers nerfs recueillis sur les membres atteints ont montré des lésions graves intéressant parfois, atrophiant même la presque totalité des fibres nerveuses. Ces altérations histologiques reproduisaient fidèlement les caractères propres aux névrites parenchymateuses dites dégénératives ou wallériennes. Les nerfs périphériques peuvent donc être profondément altérés dans le rhumatisme chronique. Le sont-ils toujours ? La lésion est-elle le fait d'une localisation accidentelle du rhumatisme ? Est-elle en partie la cause des altérations osseuses, musculaires et cutanées du rhumatisme chronique ? MM. Pitres et Vaillard se bornent aujourd'hui à poser la question.

M. M. DUVAL remet une note de M. LAULANIÉ sur la *glande génitale et l'hermaphrodisme primitif*.

M. GREGORESCO lit une note intitulée : *recherches expérimentales sur la circulation splénique par rapport à la mégalosplénie*.

M QUINQUAUD remet une note de MM. DUPRAT et PINET sur l'action physiologique de l'*Erythrina coxallodendron*; et une deuxième note de M. DUPRAT sur l'action physiologique du *Solanum panniculatum*.

M. POUCHET propose d'envoyer une « adresse » à M. Van Beneden père, membre associé, et en l'honneur duquel on organise actuellement une manifestation sympathique. Accepté.

M. LABORDE étudie les modifications de la température liées à la contraction musculaire et les causes liées à cette augmentation.

M. CH. RICHET dit qu'on peut tuer un animal par une chaleur propre. En électrisant un chien, on peut, par le travail qui s'effectue dans son système musculaire, faire monter la température à 44°. La mort n'arrive pas si on a soin de le refroidir en même temps au moyen d'un continuel courant d'eau.

Elections. — M. DUPUY est nommé membre titulaire de la Société GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juin. — Présidence de M. U. Trélat.

L'Académie procède à l'élection d'un associé étranger. Le nombre des votants étant de 66, majorité 34, au premier tour de scrutin M. Michaux (de Louvain) obtient 58 suffrages, M. Van Beneden 8, et M. West (de Londres) 1. Un autre scrutin a lieu ensuite pour l'élection d'un correspondant national. Sur 66 votants, majorité 34, M. Diday obtient 60 voix, M. Mahé 5 et M. Picot 1.

M. Panas fait une communication sur le traitement de certaines formes de glaucome sans opération. Pour M. Panas, les myotiques employés jusqu'ici comme des palliatifs peuvent dans certains cas jouer un rôle curatif; mais pour obtenir un résultat favorable leur usage doit être prolongé. C'est sous forme de collyres qu'on les emploiera de préférence; les deux formules auxquelles M. Panas a recours sont les suivantes :

1° Eau distillée : 5 gr.; sulfate d'ésérine 0,05
2° Eau distillée : 5 gr.; nitrate de pilocarpine. 0,10

Toutefois, le collyre à l'ésérine doit être placé au premier rang.

M. Brouardel donne lecture d'un rapport sur un cas de momification d'un cadavre rapporté par M. Andouard, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes. Il s'agit dans ce cas d'une jeune fille dont le corps fut découvert dans une cave, complètement momifié, la mort remontant à plus d'un an. M. Andouard attribue l'absence de putréfaction à la profondeur du caveau dans lequel le corps était enfoui et au renouvellement imparfait de l'air, ainsi qu'aux vêtements qui recouvraient la victime et la paille dont elle était entourée; ces conditions auraient arrêté l'humidité, amené un état de sécheresse constant de l'air, et par suite empêché la décomposition. M. Brouardel, tout en accordant une grande valeur à l'interprétation de M. Andouard, fait remarquer qu'à côté des circonstances qu'il a invoquées, il existe un facteur bien autrement important et qui, mieux que tout autre, d'après les nouvelles recherches, expliquerait la momification des cadavres : ce facteur est fourni par les acariens dont on retrouve les débris dans les tissus momifiés et qui sont les véritables agents de la momification. M. Brouardel rapporte à ce sujet comment, dans un récent procès, il est parvenu avec l'aide de MM. Mégnin et Descouts à déterminer sur des pièces momifiées l'époque à laquelle ces débris avaient été enfouis dans le sol et cela par l'examen des cadavres des différentes espèces d'acariens rencontrés sur ces débris. Il expose ensuite dans quel ordre se succèdent ces différentes espèces et le rôle de chacune d'elles dans la destruction des éléments constitutifs de nos tissus. Quatre espèces de ces acariens, le *tyroglyphus siro*, *tyroglyphus longior*, *le læpophagus acchinopus*, *un uropode* d'espèce nouvelle que l'on retrouve constamment dans les poussières sous-cutanées sont des travailleurs actifs, détruisent les tissus musculaires, vasculaires et les parenchymes, et sont les vrais agents de la momification; enfin, la cinquième espèce, le *cheyletus eruditus* est un chasseur d'acariens dont il fait sa pâture habituelle.

En terminant, M. Brouardel fait remarquer, après un certain nombre d'exemples, combien ces nouvelles données de la science sont précieuses au point de vue médico-légal et quel parti les médecins légistes pourront en tirer dans l'appréciation et la détermination des dates de la momification des cadavres.

M. Ch. Monod fait une communication sur un cas de néphrectomie qu'il a pratiquée dans son service. Après avoir rapporté en détail l'observation, il donne les conclusions suivantes :

« Les kystes du rein, complication fréquente de la néphrite interstitielle, peuvent donner lieu à une véritable fistule rénale. Le diagnostic d'une pareille lésion est, sur le vivant, bien difficile, sinon impossible : mais l'on peut, du moins, faire absorber au malade des substances qui, en passant facilement dans l'urine, permettent d'apprécier l'état du filtre rénal. »

Si, comme dans le cas que j'ai observé, il devient évident que le rein est profondément altéré, l'intervention chirurgicale nécessaire pour la cure et la fistule devra aller d'emblée jusqu'à l'ablation totale de l'organe malade; la néphrectomie simple serait à la fois insuffisante et dangereuse.

A. Damalix.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 mars 1886. — Présidence de M. Cornil.

12. Rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale. — Kystes du parovaire; par M. Bouygues, interne des hôpitaux.

La nommée X..., âgée de 45 ans, est entrée le 12 mars 1886 dans le service de M. Xavier Gouraud, à l'hôpital Cochin. Elle nous raconte que l'année dernière elle a été frappée de paralysie de la moitié droite du corps, avec troubles de la parole; depuis cette époque, parole et mouvements sont revenus; mais cependant avec une certaine difficulté de temps en temps. Il y a trois mois environ, elle a été soignée pour des douleurs siégeant dans la région hypogastrique et les reins. En ce moment, ce sont les mêmes douleurs qui l'amènent à l'hôpital.

Elle est mal réglée, a beaucoup de fleurs blanches, et souffre violemment dans les reins et l'hypogastre. Le ventre est assez saillant, peu tendu, mais très douloureux à la pression. Par le toucher vaginal, nous constatons que l'utérus est couché transversalement de droite à gauche, le col tourné vers la droite; l'orifice est petit; le volume et la consistance sont normaux et l'organe ne présente d'autres phénomènes que la position anormale dans laquelle il est fixé. La douleur que détermine la pression nous fait différer le palper de l'hypogastre.

Il n'y a pas de fièvre, mais un certain degré d'embarras gastrique. Le matin, il y a eu un vomissement de bile, et dans la journée quelques nausées (T. A. 37°8).

Les membres droits sont affaiblis, sans troubles de la sensibilité. La face n'est pas déviée; la parole est facile; la marche est un peu gênée. Le cœur est hypertrophié; ses bruits sont forts et vibrants, sans souffles. Les artères sont athéromateuses. Les poumons n'offrent rien de particulier. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. La sensibilité à la pression vers les parties inférieures de l'abdomen, l'état gastrique, les vomissements, les troubles de la menstruation, la déviation de l'utérus nous font songer à une pelvi-péritonite ancienne avec poussée aiguë. L'intensité des douleurs lombaires, la gêne de la marche nous paraissent suffisamment expliquées par les phénomènes inflammatoires, sans parler des restes de l'hémiplégie. Notre diagnostic est confirmé le lendemain à la visite par notre maître, M. Xavier Gouraud, qui se réserve de compléter l'examen dès que les douleurs seront un peu apaisées. Il institue une médication calmante et résolutive. Le soir, nous trouvons la malade assez souffrante, se plaignant de douleurs vives que n'ont pas apaisées les moyens thérapeutiques. Nous ordonnons une piqûre de morphine. Dans la nuit, la malade était assise sur une chaise lorsqu'elle ressent tout à coup une douleur lombaire très violente. On la porta dans son lit, et cinq minutes plus tard, elle expirait.

L'Autopsie est pratiquée 36 heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, nous sommes frappés par la découverte d'un énorme épanchement sanguin sous-péritonéal, occupant presque toute la moitié gauche de la paroi. Des caillots de petit volume adhérent à quelques fissures de la séreuse et flottent dans sa cavité. Les anses intestinales sont repoussées en partie à droite, et le côlon descendant occupe le point culminant de la tumeur; la moitié postérieure de sa circonférence est englobée dans une infiltration hémorrhagique du tissu sous-péritonéal. L'hémorrhagie s'étend en haut jusqu'au centre phrénique du diaphragme. En bas, elle descend : d'une part, le long de la gaine des vaisseaux iliaques externes jusqu'au voisinage de l'anneau; d'autre part, jusque dans le ligament

large du côté gauche. En dedans, elle ne s'étend pas au delà de la colonne vertébrale ; en dehors, la limite est mal marquée par le décollement du péritoine. Les muscles voisins du péritoine (diaphragme, psoas-iliaque) sont infiltrés en partie par le sang. Le rein gauche est ausi englobé dans l'épaisseur du caillot. Il s'agit dans toute cette masse d'une hémorrhagie dans l'épaisseur du tissu cellulaire. Le sang s'est répandu dans les mailles du tissu qu'il a distendues, et s'y est coagulé. Le caillot est résistant; le raclage permet d'y retrouver les travées conjonctives, et çà et là quelques îlots graisseux qui tranchent par leur coloration. Au-dessous du rein, descendant jusque dans la fosse iliaque, il existe un point où le tissu cellulaire est dilacéré. Nous y trouvons un caillot cruorique pur, sans interposition d'aucun tissu du poids de 600 grammes.

La cause de cette hémorrhagie était la rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale. Nous enlevons le vaisseau, et après l'avoir fendu longitudinalement sur sa face postérieure, nous constatons ce qui suit : Il y a de l'athérome du vaisseau à différents degrés d'évolution. Au-dessous de l'origine des artères rénales commence un rétrécissement qui acquiert progressivement son maximum à un centimètre environ au-dessus de l'origine de la mésentérique inférieure. En ce point, la circonférence du vaisseau est de 20 millimètres, ce qui donne à peu près 7 millimètres pour son diamètre. Au-dessous du rétrécissement existe une dilatation ampullaire de la face antérieure de l'aorte du volume d'un œuf de pigeon. La grosse extrémité en est dirigée en haut ; l'origine de la mésentérique en occupe le point le plus élevé. A un centimètre au-dessous, une déchirure verticale de 2 centim. 1/2 à bords nets, très légèrement sinueuse, permet de faire pénétrer la sonde cannelée dans une cavité assez considérable qui existe en avant du vaisseau.

Une incision verticale faite sur la partie antérieure permet de voir les différentes particularités de cette cavité. Elle est constituée par un dédoublement des parois aortiques et forme une véritable tumeur anévrysmale distincte de la dilatation ampullaire que nous avons signalée, et communiquant avec elle par la déchirure du vaisseau. Cette poche est fusiforme. En haut, elle se termine au niveau de l'origine de la mésentérique ; latéralement, elle est circonscrite par le dédoublement des parois vasculaires et n'intéresse que la demi-circonférence du vaisseau. En bas, elle descend jusqu'à la terminaison de l'aorte, et on peut suivre le dédoublement des parois dans les artères iliaques primitives et externes jusqu'au voisinage de l'anneau crural. Le dédoublement se termine alors par une pointe conique et répond à une fissure transversale très légère de la paroi interne des vaisseaux, au niveau de laquelle un petit caillot fait saillie dans l'intérieur même des artères. La disposition est à peu près symétrique des deux côtés. Les artères iliaques internes sont à peine intéressées au niveau de leur origine par le dédoublement des parois : leur cavité est perméable, et leur calibre à peine modifié. L'intérieur de la poche anévrysmale contient deux lames fibrineuses concentriques assez épaisses, un peu tomenteuses à la surface, et laissant entre elles et la cavité des espaces assez grands où le sang est à peine coagulé. L'examen histologique de la portion d'une des iliaques qui répond à la partie terminale du caillot montre des particularités intéressantes. La tunique moyenne est dédoublée : une portion adhère à la tunique interne, l'autre à la tunique externe enflammée chroniquement. Au niveau de la terminaison, la portion de la tunique moyenne adhérente à la tunique interne s'amincit graduellement, et la paroi limitant le caillot n'est plus bientôt constituée que par la tunique interne seule qui est elle-même rompue à peu de distance. Le caillot qui répond à la rupture est formé par des lits de fibrine et de globules blancs, avec peu de globules rouges, disposition indiquant un travail d'arrêt de l'hémorrhagie en ce point.

Autour de la poche anévrysmale existe une tumeur assez considérable formée par des couches irrégulièrement stratifiées de tissu cellulaire condensé et enflammé, séparées par l'infiltration hémorrhagique. Dans les couches les plus externes sont comprises quelques branches de nerfs lombaires. Après avoir débarrassé la poche des caillots de toute nature qu'elle contient, on trouve une déchirure régulière de la paroi externe de la poche de 3 centim. 1/2 de hauteur ; les parois qui limitent cette perte de substance sont amincies et semblent avoir cédé à la distension. C'est par là que l'hémorrhagie s'est produite. Le cœur est très volumineux et les parois du ventricule gauche considérablement épaissies.— Il n'y a pas de lésions valvulaires. Dans le cerveau, au niveau de la partie inférieure du lobule pariétal supérieur gauche, dans sa portion la plus reculée, on trouve une cicatrice d'ancienne hémorrhagie sous-corticale. Les poumons sont emphysémateux. Le foie et la rate sont normaux, du moins macroscopiquement. Les reins offrent un léger degré de néphrite interstitielle. Tous ces organes sont exsangues.

L'appareil génital offre des altérations remarquables. Un kyste volumineux s'est développé dans l'épaisseur du ligament large droit et a déterminé le déplacement utérin que nous avions constaté. Il est piriforme, sa grosse extrémité est dirigée à droite, il a une longueur de 10 à 12 centimètres et un diamètre maximum de 6 à 7 centimètres. Il est couché transversalement au-dessus de l'utérus dont nous avons indiqué la position Sa pointe légèrement incurvée en bas coiffe le fond de l'utérus. Elle répond à la trompe qui s'épanouit sur elle. L'ovaire sain, du moins à l'œil nu, répond à sa partie antérieure, indépendante et mobile.

L'utérus est maintenu dans sa position par quelques brides cellulaires étendues entre sa face antérieure et la partie gauche du cul-de-sac vésico-utérin.

La tumeur s'est développée dans l'épaisseur de l'aileron de la trompe et, de là, s'est étendue dans le reste du ligament large repoussant les organes voisins. Quelques tractus celluleux existent à son pourtour.

Le ligament large du côté gauche s'est replié sur lui-même et a contracté quelques adhérences. L'ovaire paraît sain, mais il existe dans son voisinage deux petits kystes aplatis, à contenu limpide, à parois minces du volume d'un pois.

Le kyste principal offre des parois minces et transparentes. Il contient 250 à 300 grammes d'un liquide citrin, légèrement verdâtre, dont la densité est de 1010 et où on trouve de l'albumine et des traces de chlorure.

La présence de ces lésions expliquait suffisamment ce que notre diagnostic pouvait avoir d'incomplet. Le court séjour de la malade à l'hôpital ne nous a pas permis un examen plus approfondi. La percussion et la palpation de l'abdomen nous auraient peut-être mis sur la voie d'une autre affection que celle que nous avions cru reconnaître, mais les douleurs qu'aurait provoquées cet examen nous interdisaient d'y avoir recours. Si la palpation nous avait permis d'arriver sur la tumeur anévrysmale, la présence d'épaisses couches celluleuses enflammées nous aurait probablement empêché de sentir les battements ; et d'ailleurs, la palpation, même faite avec prudence, n'était dans aucun cas sans danger et pouvait hâter la terminaison fatale. Enfin, la lésion eût-elle été constatée, quelles ressources nous offrait la thérapeutique ?

L'examen des pièces anatomiques nous a montré qu'il s'agissait d'un anévrysme déjà ancien. La présence de lames fibrineuses concentriques déjà vieilles en est une preuve. La portion de la tunique moyenne et la tunique externe qui formaient la paroi de l'anévrysme étaient déjà distendues depuis longtemps. Dans les derniers jours de la vie, soit sous l'influence d'un effort, soit par une augmentation de la déchirure du vaisseau, l'afflux sanguin est devenu plus considérable dans l'intérieur de l'anévrysme. Les parois distendues ont cédé et l'hémorrhagie s'est faite, d'abord lentement, infiltrant les mailles du tissu cellulaire ; puis, lorsque la malade s'est levée, l'écoulement du sang a dû augmenter, et c'est probablement alors que s'est formé le caillot volumineux que nous avons trouvé.

Telle, du moins, nous paraît devoir être l'explication des

symptômes cliniques et des lésions anatomiques observés. Si les parois avaient résisté, il se serait produit là un anévrysme disséquant et nous avons eu, en somme, sous les yeux le premier stade de cette lésion. L'orifice d'entrée avait une forme particulière, et les deux orifices de sortie n'étaient encore que rudimentaires, mais le fait n'en subsiste pas moins du décollement des parois artérielles par le courant sanguin. L'examen histologique nous a donné la preuve que, suivant la théorie aujourd'hui classique, l'anévrysme siège dans l'épaisseur de la tunique moyenne. Le dédoublement est facilité par une altération préalable des parois vasculaires. Les lésions de l'artérite chronique et de l'athérome y prédisposent, et nous en avons acquis la preuve dans la préparation de ces pièces. Les vaisseaux se laissaient très facilement dédoubler dans les points respectés par l'hémorrhagie.

M. Cornil insiste sur le rôle de l'athérome dans le dédoublement des parois vasculaires et fait observer combien il est remarquable malgré cela de voir si rarement se produire des décollements étendus des parois aortiques, quoiqu'il se produise fréquemment des hémorrhagies au niveau des foyers athéromateux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juin 1886. — Présidence de M. Horteloup.

Portes d'entrée de l'ostéomyélite. — M. Verneuil fait remarquer que l'agent infectieux de l'ostéomyélite peut demeurer longtemps dans l'économie sans manifester sa présence; il cite un cas où l'affection revenait tous les ans, par poussées, à la même époque; une fois, la poussée d'ostéomyélite manqua et fut remplacée par une éruption furonculeuse intense. Des analogies ont été signalées entre le micrococcus de l'ostéomyélite et celui du furoncle.

M. Lannelongue insiste de nouveau sur ce fait que sur les sujets atteints d'ostéomyélite on peut retrouver des lésions cutanées qui ont servi de porte d'entrée à un agent dont la nature n'a pas encore été précisée.

Rétraction générale des artères. — M. Ledentu présente l'intéressante observation d'un malade qui offre en même temps que des lésions de gangrène des membres inférieurs une diminution générale du calibre de tous les vaisseaux artériels; les battements artériels sont partout très affaiblis, et le pouls radial, d'abord très faible, est devenu introuvable. M. Ledentu ne croit pas que semblable affection ait été signalée; il a examiné avec attention le système nerveux de ce malade et n'a rien observé de ce côté.

M Lannelongue rappelle que, dans le mal de Pott on observe assez fréquemment une diminution de l'aorte audessous de la gibbosité; cette diminution entraîne des troubles de la circulation dans les membres inférieurs mais la gangrène n'a pas été observée.

Adéno-myxome de la paroi postérieure du pharynx. — M. Verneuil, à propos d'une opération d'adéno-myxome de la paroi postérieure du pharynx, conteste que les pneumonies infectieuses qui enlèvent parfois les opérés aient leur source dans l'infection par l'air inspiré. Il rapporte à l'appui une observation dans laquelle l'opéré succomba deux mois après l'opération, alors que la plaie pharyngienne était cicatrisée. L'autopsie révéla une congestion pulmonaire très intense et une perforation de la base du crâne sans lésions méningées, dans ce cas, l'infection a pris la voie du tissu cellulaire. M. Verneuil insiste sur ce fait que, bien qu'il n'ait pas été fait de trachéotomie préventive, l'opéré n'a présenté ni fièvre ni pneumonie infectieuse.

M. Monod rappelle que la trachéotomie dans ces cas a pour but de permettre l'application rigoureuse de l'antiseptie.

M. Tillaux s'étonne qu'un adéno-myxome ait perforé les os du crâne.

M. Terrillon présente une femme de 45 ans à laquelle il a enlevé les ovaires et les trompes pour des douleurs violentes accompagnées de métrorrhagies abondantes. Ces symptômes ont disparu et l'état général de la malade s'est notablement amélioré.

M. Delorme rapporte une observation d'épanchement sous-dure mérien de la région temporale sans symptômes de compression.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 juin 1886. — Présidence de M. Guyot.

M. Barié rapporte l'histoire d'un malade mort après avoir présenté les signes d'une pneumonie du sommet et un souffle systolique intense à la pointe du cœur. A l'autopsie, on trouva une endocardite végétante et des infarctus dans divers viscères.

M. Dieulafoy fait une longue communication sur *le mal de Bright sans albuminurie.* Il cite quatre observations de malades ayant présenté de la façon la plus nette et ce parfois pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Quelques-uns des symptômes grands ou petits du malade Bright, tels que : vomissements, oppression, céphalée, polakisurie, œdème malléolaire, bruit de galop, démangeaisons, doigt mort, troubles oculaires ou bien auditifs (bourdonnements, sifflements, surdité), ou enfin un signe nouveau sur lequel M. Dieulafoy insiste, la *cryesthésie :* sensation de refroidissement intense limitée aux extrémités surtout inférieures ou aux genoux. Or, chez aucun de ces malades, on ne trouva jamais trace d'albumine, sauf pendant les derniers jours de la vie, et tous moururent avec des symptômes nettement brightiques et parfois avec une notable quantité d'albumine dans l'urine. Inversement, M. Dieulafoy cite les observations des malades variés ayant présenté, à certains moments, 0 gr. 20 centigr, 0 gr. 50 centigr. et dans un cas jusqu'à 3 gr. d'albumine par litre et qui, actuellement, sont complètement guéris. Ceci l'amène à parler très brièvement des albuminuries dites physiologiques.

Arrivant alors à la question du diagnostic, M. Dieulafoy croit qu'il peut être fait en appliquant la méthode de recherche de la toxicité urinaire imaginée et pratiquée depuis déjà assez longtemps par M. Bouchard dans un très grand nombre de cas normaux et pathologiques. Cette méthode a été exposée tout au long ainsi que les résultats qu'elle peut fournir par M. Bouchard dans ses cours de ces deux dernières années, à la Faculté de médecine.

M. Dieulafoy a pu constater en suivant exactement les procédés de M. Bouchard (injection dans une veine de l'oreille d'un lapin d'urine fraîche filtrée et neutralisée), un fait qui, bien que reposant sur un très petit nombre d'expériences, semble intéressant. En effet, on sait que M. Bouchard a démontré que, pour tuer un lapin avec de l'urine normale, il faut lui en injecter 50 centim. cubes par kilogramme. Avec des urines brightiques, au contraire, il faut porter la dose injectée à 150 et même 285 centim. cubes pour voir le lapin succomber, ce qui prouve que le brightique élimine peu de produits toxiques, puisque, avec des urines normales, il aurait suffi pour tuer le même lapin de 75 à 80 centim. cubes. M. Dieulafoy pense que par ce moyen il serait peut être possible de faire le diagnostic du mal de Bright sans albuminurie.

M. Robin cite le cas d'un médecin de Copenhague actuellement âgé de 70 ans et qui depuis l'âge de 20 ans rend quotidiennement de 0,50 centigr. à 2 gr. d'albumine par 24 heures, sans avoir jamais eu aucun accident pathologique, malgré une existence très active.

M. Ducastel fait remarquer que les brightiques sont des artério-scléreux chez qui la sclérose se localise plus particulièrement dans les reins.

M. Dujardin-Beaumetz présente deux frères, l'un âgé de 22 ans et l'autre de 12 ans, atteints tous deux d'*atrophie musculaire héréditaire* et présentant tous deux un double pied bôt à type fémoro-tibial et forme de griffe. Sur l'empreinte du pas on ne voit que le bord externe du pied et le gros orteil, les autres doigts trop relevés ne laissent pas leur trace sur le papier.

M. Chauffard fait observer que le *pied tabétique* est plat tandis que celui-ci est creux, de plus il est osseux et celui-ci musculaire.

M. Gérin-Roze montre les moulages d'un cas de double *pied*

bot varus équin myélitique observé chez un malade atteint de mal de Pott avec paraplégie complète, il ressemble absolument au *pied bot tabétique* récemment décrit par Joffroy.

L. CAPITAN.

CORRESPONDANCE

Organisation hospitalière de l'Hôpital général de Vienne.

Vienne, 6 juin 1886.

Mon cher Rédacteur en chef,

Vous m'avez demandé avant mon départ pour Vienne une correspondance aussi régulière que possible. Si incomplets, disiez-vous, que soient les renseignements que l'on obtient au jour le jour, si défectueux que se montre le style d'un voyageur, il est préférable de posséder sur-le-champ les premiers linéaments relatifs à la série de documents et d'indications que note le correspondant sur son carnet. C'est pourquoi je vous envoie cette première lettre. J'y étudierai ou plutôt j'y consignerai les opinions, les faits, les travaux qui me sembleront devoir intéresser les progrès de l'hospitalisation en France, non en ce qui touche à la technique même des études médicales, mais en ce qui a trait à *la question des infirmiers et des infirmières*. Je ne me suis pas en effet mis en route dans le but spécial de répéter ce que notre collaborateur Blanchard nous a si clairement appris, ni ce que chacun sait aujourd'hui : « L'hôpital général de Vienne est un centre d'instruction fécond en résultats. » Ce que j'ai voulu voir c'est l'organisation des agents chargés de soigner les malades. J'avais *a priori* scindé dans mon esprit mes recherches en deux parties : 1° *Les infirmiers et infirmières à l'hôpital général de Vienne et dans les services publics et privés qui reçoivent des malades atteints d'affections somatiques* ; — 2° *Les infirmiers et infirmières de l'asile des aliénés de Vienne.*

La présente lettre sera consacrée à l'hôpital général de Vienne. Mais je ne puis naturellement m'astreindre à conserver l'ordre exact qui s'impose théoriquement parce que les hasards d'une enquête dans une grande ville ne sont pas compatibles avec une telle régularité. Il se pourra même que dans la suite je sois obligé de revenir sur l'hôpital général ou inversement qu'après avoir traité de l'asile de Vienne et être entré dans la question des fondations privées je reprenne le même sujet, cette réflexion s'appliquant d'ailleurs à toutes les divisions ou subdivisions d'une telle investigation.

I. *L'hôpital général de Vienne* est exclusivement *laïque*. Les soins des malades, hommes ou femmes, sont assurés exclusivement par des *infirmières*, excepté dans les quartiers de syphilitiques et dans la clinique psychiatrique où il y a des infirmiers pour le sexe masculin, des infirmières pour le sexe féminin. Tout ce personnel est recruté par le directeur de l'hôpital, qui est médecin, mais ne s'occupe que d'administration. Les candidats sont inscrits et mis par lui à la disposition du chef de matériel (économe-intendant) qui les prend selon les besoins et les renvoie au directeur quand le médecin-chef de service signale leur imperfection. Quand ces imperfections sont jugées par le directeur assez graves pour apporter un trouble irréparable au bon fonctionnement des diverses sections, l'exclusion est prononcée. En notre présence, le directeur, le Dr Hoffmann qui nous a accueilli avec la plus grande courtoisie, une parfaite aménité, mettait son visa sur le certificat de bonnes vie et mœurs (certificat émané de la police) que lui présentait une aspirante-infirmière. Le goût de la profession lui était venu pendant un séjour fait par elle pour cause de maladie à l'hôpital. Cette jeune femme remplissait des conditions requises par le règlement dont nous donnerons plus loin quelques aperçus ; on lui fit lire dans un livre quelconque, on lui demanda brièvement le sens des phrases et tout fut dit. Qu'une place devienne vacante, ou que la présence d'une infirmière supplémentaire devienne obligatoire, et le chef du matériel, auquel sera porté le visa, ainsi que les pièces exigées, la fera entrer, à son tour d'inscription, dans l'un des quartiers.

Naturellement, si une infirmière se présente munie d'une recommandation spéciale d'un des chefs de service, elle obtiendra la préférence ; M. le directeur ne fera aucune difficulté pour lui aplanir les obstacles qui pourraient émaner du numéro d'inscription, pour lui faciliter l'accès du service du médecin qui la demande. Il va également de soi que la haute autorité des chefs de service, professeurs titulaires, professeurs extraordinaires, docenten, ou médecins traitants, qui tous font des cours renommés, est d'un grand poids dans la balance en ce qui concerne les malentendus qui se pourraient produire. Quant à l'instruction purement professionnelle, elle regarde les docteurs attachés aux services envisagés sous la direction des chefs de service ; ce sont eux qui au fond représentent, sous l'inspiration et la conduite du maître, les véritables organisateurs des choses de la médecine, qui ont pour mission d'en régler l'installation intérieure et d'introduire une hiérarchie à laquelle agrée le directeur. Le tact et l'indulgence : telle est la devise à peu près textuelle de celui-ci, en matière de gouvernement. Il existe cependant des documents officiels, ou des règlements, qui se sont préoccupés d'ajuster les rouages du mécanisme entier. On nous saura gré, je pense, d'en résumer les principaux. Nous les empruntons à deux importants mémoires intitulés, l'un : *Das Wiener K. K. allgemeine Krankenhaus von Dr J. Hoffmann Obersanitätsrath und Director*, etc.; l'autre : *Dienstanweisung für das Wartpersonale des K. K. allgemeinen Krankenhauses.* Le premier date de 1873 ; le second de 1870. Le premier se propose de faire connaître le fonctionnement et l'importance de l'hôpital, le second s'adresse aux candidats et aux candidates aux places d'infirmiers, d'infirmières, de serviteurs, de servantes.

A. *Marche générale du service.* — Le directeur est le chef suprême de l'hôpital. Il doit connaître de tout ce qui s'y passe afin d'en référer à l'administration supérieure ; il doit il est vrai convoquer tous les mois une commission spéciale à laquelle prennent part tous les chefs de service, mais il conduit ses séances et conserve la préséance en matière économique et administrative.

B. *Service des infirmiers et des infirmières.* — Il a été, dès le principe, comme nous l'avons mentionné *supra*, confié à des femmes qui se partagent le travail de jour et le travail de nuit. Dans les quartiers d'aliénés et dans ceux des syphilitiques on admet seulement des infirmiers pour les hommes. Par conséquent la majorité des agents qui exécutent les prescriptions de ses ordres se compose de femmes à l'hôpital général. On avait encore, dès 1869, pensé à organiser un *institut depratiquantes* (école d'infirmières) auxquelles, à la suite d'une instruction professionnelle plus complète, on aurait donné des emplois de confiance, une direction plus immédiate sur le personnel subalterne, mais les deux brochures dont j'ai parlé tout à l'heure constatent que ce projet a échoué soit parce qu'on ne trouvait pas d'individualités satisfaisant aux conditions requises, soit parce que, à raison du manque fréquent d'infirmières, les pratiquantes étaient bientôt obligées d'entrer elles-mêmes dans le cadre proprement dit.

C. *Aides domestiques, et servants servantes.* — Chargées d'exécuter sous les ordres des infirmiers et des infirmières les grosses besognes, ils n'ont pas, comme nous le verrons plus bas, les mêmes traitements que le personnel infirmier. Les uns sont simplement payés à la journée, les autres sont payés mensuellement, sans cependant faire partie du cadre, sans notamment résider à l'établissement, les autres enfin sont préposés aux services généraux et stables.

D. *Classification générale. Salaires. Avantages en nature.* — *a) Infirmières.* 5 Classes à 10, 11, 12, 13, 14 florins par mois, c'est-à-dire environ 25 fr., 27 fr. 50, 30 fr., 32 fr. 50, 35 fr. par mois ; — *b) Infirmiers.* 5 Classes également à 13, 14, 15, 16, 17 florins par mois, soit environ 32 fr. 50, 35 fr., 37 fr. 50, 40 fr., 42 fr. 50 par mois ; — *c)* La *nourriture* ne comporte qu'un repas pour les deux ordres d'agents sus-énoncés, le repas de midi composé de 3 plats et de 150 grammes de pain ; — *d)* En fait d'*habillements* on ne leur donne que des vêtements de dessus nécessaires à la préservation de leurs propres effets pendant leurs travaux ; — *e)* Il existe pour ces agents une *retraite* qu'on leur compte après un service effectif de dix ans (20 kreutzers, soit 0,50 par jour), ou de quinze ans (25 kreutzers, soit 0,70 cent. par jour). Ceux qui ont accompli leur service de la façon la plus méritante peuvent encore recevoir des récompenses qui viennent s'ajouter à leurs émoluments ; — *f)* Le même personnel *habite* dans l'établissement près des malades,

mais en dehors d'eux, soit dans des chambres séparées, soit dans des petits dortoirs ; — *g*) En 1873, on comptait pour 2,000 lits, 9 infirmiers, 211 infirmières, soit 220 agents attachés aux malades, coûtant ensemble 32,004 florins ; — *h*) Quant aux *pratiquantes* ou surveillantes compétentes qu'on avait l'intention de préposer à chaque grande division, on leur aurait donné, outre les avantages que nous venons de passer en revue, pendant leur stage, 4 florins par mois durant le premier trimestre (10 fr.), puis 7 florins (17 fr. 50), enfin la solde d'infirmières en les faisant naturellement avancer rapidement ; — *j*) Les *journalières auxiliaires ou servantes* chargées de la grosse besogne domestique dans le service reçoivent soit 60 kreutzers par jour, soit 6 florins par mois (15 fr.) ; elles ont droit à la même nourriture et à peu près au même habillement que les infirmières ; elles n'habitent pas à l'établissement et n'ont en perspective aucune retraite.

Tels sont les traits fondamentaux relatifs à l'organisation proprement dite des infirmiers ou infirmières, dans ce qu'elle a de définitif, de fixé ; les paragraphes concernant les autres individualités, ne rentrent pas dans notre étude épistolaire.

Voyons à présent le genre d'instructions que l'on a rédigées à l'usage des infirmières. Ces instructions sont réunies dans la brochure de 1870. Nous en traduisons l'introduction :

« Le devoir du personnel des infirmières est d'assurer les soins des malades, et de remplir toutes les obligations en rapport avec ce devoir. Soigner ses semblables, alléger autant que faire se peut par une garde attentive leur triste sort, remplacer le plus possible les soins des parents absents, constitue une noble profession surtout dans les établissements hospitaliers. Mais la tache est difficile. A l'hôpital, qu'on ait affaire à des malades pauvres ou relativement aisés, on leur doit des soins aussi complets, aussi désintéressés, aussi corrects et loyaux ; aux uns comme aux autres il convient jour et nuit de dispenser une égale assistance, avec empressement et affabilité, alors même que les besoins auxquels on pourvoit entraînent un certain sacrifice ; il le faut faire sans répulsion ni mauvaise humeur. On abordera les malades avec douceur ; on se défera de toute sensiblerie, de tout sentiment de délicatesse exagérée, tout en n'oubliant pas que l'infirmière, pour mériter la déférence qui lui est due par les malades, doit s'imposer des habitudes d'ordre, de convenance, de moralité. Les soins des patients ne seront empreints du caractère d'assiduité et de haute obligation qui leur convient que s'ils émanent d'un cœur amoureux du prochain et de l'humanité, d'un esprit plein de douceur et animé du désir du sacrifice, d'une individualité diligente, laborieuse, infatigable, désintéressée, probe, morale, sachant se conduire. Cette profession exige enfin que celle qui la pratique s'efforce par la tempérance, la moralité, la soumission, la discipline, la bonne foi, la rectitude du jugement, la solidité de l'observation et de la mémoire, la ténacité dans le devoir, d'acquérir la confiance des chefs et des malades, et de la conserver. »

Voici les titres des paragraphes successivement traités : Subordination administrative et hiérarchie. Manière d'être des infirmières entre elles et à l'égard des pratiquantes et des servantes. Conflits et plaintes. Admission et rétribution des infirmières ; départ des infirmières. Récompenses et punitions. Devoirs. Congés. Service que comporte la réception des malades. Service de la visite. Soins et surveillance des salles. Mutation des malades. Renvoi des malades. Service en cas de mort. Alimentation des malades. Médicaments et petite chirurgie spéciale aux infirmières. Bains. Inventaires et autres obligations économiques. Ordre et propreté. Exerétions et lieux d'aisances Tisanerie. Eclairage. Chauffage. Aération. Devoirs des infirmières à propos des exercices du culte. Indications spéciales pour les infirmiers et infirmières chargés de malades atteints de syphilis. Domestiques auxiliaires du service hospitalier (servants et servantes).

On y trouve tantôt des articles d'administration pure, tantôt des prescriptions d'hygiène et de médecine générale destinées à servir de points de repère aux nouvelles venues. Il nous paraît important d'insister sur les particularités suivantes :

Art. 12. — Pour devenir infirmière il faut avoir moins de 45 ans, être bien portante, posséder des organes, des sens intacts, savoir lire, écrire, calculer, apporter un certificat de bonne vie et mœurs et faire preuve d'aptitude au service d'infirmière. (Ici reparaît encore la mention des pratiquantes auxquelles on devait dans le principe accorder la préférence.)

Art. 13. — En entrant, les infirmières doivent signer un engagement d'après lequel elles connaissent les règlements qui président au personnel des infirmières dans l'établissement, s'engagent à les suivre, à se consacrer au service des malades dans toutes les parties que ce service comporte. C'est un véritable contrat.

Art. 14. — Droit à un congé de 14 jours par an à la condition que le chef de service y consente.

Art. 15. — Avancement graduel d'après les services, la bonne conduite, la vacance des postes (question d'argent).

Art. 18. — Le premier déjeuner du matin et le repas du soir sont à la charge des infirmières. Elles sont autorisées à préparer dans les tisaneries attenantes aux sections leurs repas qui sont légers.

Art. 19. — Les quartiers ne doivent jamais être laissés seuls ; aussi y a-t-il constamment deux espèces de service, le service de garde et le service accessoire, de façon à ce que l'infirmière qui n'a pas à faire le grand service puisse remplacer celle qui est de garde tandis qu'elle prend ses repas, cela permet aussi (a. 38) d'accorder des sorties temporaires de quelques heures alternativement à l'une ou à l'autre si les chefs de service le veulent.

Art. 156. — Eviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait blesser les convictions religieuses d'un malade, à quelque culte qu'il appartienne.

Les décisions qui visent spécialement les infirmiers et infirmières attachés aux syphilitiques ont principalement pour but d'éviter que la maladie ne se propage à l'intérieur de l'hôpital et d'assurer l'*incognito* à ceux qui l'exigent. Les serviteurs et servantes sans être absolument subordonnés au personnel de l'infirmerie sont tenus de l'écouter pour tout ce qui porte sur les soins des malades et l'hygiène du quartier ; ils travaillent en hiver de 6 heures du matin, en été de 5 heures 1/2 du matin à 8 heures du soir.

Ce mécanisme a-t-il formé des infirmiers et des infirmières à l'abri de tout reproche. Il suffit de lire attentivement ce qui précède pour se rendre compte que l'élément le plus nécessaire au point de vue technique a fait défaut. On avait de prime abord pris toutes les précautions utiles pour que les soins puissent être dispensés par des mains habiles en même temps que par un personnel affectueux, patient, propre, mais on a dû regretter l'absence des *pratiquantes*, l'école d'infirmières ne s'est pas développée. C'est pourquoi plusieurs des savants maîtres de Vienne, désireux de parer aux imperfections constatées par eux, tout en repoussant de toutes leurs forces l'intromission dans les quartiers de n'importe quel ordre religieux, s'occupent activement de former des infirmières de profession tant pour la clientèle privée que pour les services hospitaliers. On a déjà à Vienne les dames de la Croix-Rouge dont nous connaissons tous le dévoûment et la constitution, mais des fondatrices du même genre ne sauraient être dédaignées. Ainsi a pensé M. le professeur Billroth, qui sous le nom de *Rudolfiner-Verein*, a créé une société avec les deniers de laquelle on doit édifier et entretenir tout un hôpital spécialement destiné à éduquer des infirmières pour malades et blessés ; l'œuvre est en train et fonctionne ainsi que je vous l'expliquerai dans ma prochaine lettre, le tiers de l'hôpital étant complètement installé depuis pas mal de temps.

P. Kéraval.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

I. De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement ; par le Dr C.-A. Gerbaud.

I. « La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta ; l'expulsion de l'embryon n'est comptée pour rien ; tant qu'elle n'est pas délivrée, elle n'est pas accouchée. » Par cette proposition qu'il emprunte à P. Dubois l'auteur met avant tout en lumière ce fait, que de la délivrance dépend le pronostic de l'avortement et que les retards ou empêchements apportés à l'exécution de ce phénomène constituent une grande complication susceptible de donner naissance à des accidents de nature et d'évolution variées.

Avant le deuxième et après le cinquième mois de la grossesse, c'est-à-dire avant la localisation du placenta et après la soudure des deux caduques, les dangers de la délivrance sont moindres et les accidents plus rares qu'aux 3e et 4e mois. Dans le premier cas, l'arrière-faix n'est qu'une quantité négligeable et l'œuf sort le plus souvent entier ; dans le deuxième, la limitation et l'organisation du placenta font de l'avortement

un accouchement en petit. Il n'en est pas de même pour la phase intermédiaire; aussi est-ce la délivrance de l'avortement embryonnaire des auteurs que M. Gerbaud prend pour type dans son exposé.

Faire l'historique de la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement, revient à passer en revue les diverses méthodes de traitement qui ont été préconisées pour prévenir ou juguler les accidents qui en résultent. A ce sujet les accoucheurs se sont divisés et se divisent encore en deux camps : les interventionnistes et les expectants. Pour les anciens, Hippocrate, Celse, Avicenne, etc., l'extraction rapide est la règle absolue. A. Paré se montre moins exclusif et Guillemeau signale les dangers de l'intervention hâtive et brutale sans rejeter néanmoins toute manœuvre. Mauriceau, Peu, Portoc, Raynold, vont chercher le délivre avec la main. Puzos le premier préconise nettement l'expectation, que défendent après lui Me Lachapelle, Me Boivin, Capuron et Moreau. A l'heure actuelle l'intervention est généralement usitée en Allemagne ; en Angleterre et en Amérique, expectation et intervention sont en balance ; en France, les interventionnistes sont en minorité. Tandis que Osiander, Martin, Scanzoni, Veit, entre autres, évacuent l'utérus des débris de l'œuf abortif à l'aide de la curette, ce qui prouve en faveur de la complaisance des matrices allemandes ainsi que le fait remarquer le professeur Pajot, et que Barnes, Mundé, Lusk agissent de même en Angleterre et aux Etats-Unis, tous les accoucheurs français, hormis M. Guéniot, rejettent toute intervention, sauf le cas d'accidents pressants; quelques auteurs allemands, non des moins recommandables, Spiegelberg, Schröder, Hegar, Kehrer, se rangent aussi sous le drapeau de l'expectation.

Avant d'en arriver à l'exposé détaillé et à la critique de l'une et l'autre de ces deux grandes méthodes, c'est-à-dire au point particulièrement intéressant de son travail, l'auteur passe successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la marche, le diagnostic et le pronostic de la rétention de l'arrière-faix; ces différents chapitres sont exposés avec une excellente méthode ; la lecture en est facile grâce à l'ordre suivi par l'auteur.

Les causes de la rétention sont rangées sous trois chefs : 1° causes anatomo-physiologiques, auxquelles est dévolu le rôle prépondérant, et qui tirent leur raison du développement incomplet de l'œuf et de l'utérus. Entre le corps de l'utérus, insuffisamment contractile et inapte souvent à décoller et chasser l'arrière-faix, et le col de cet organe, non ramolli, non effacé qui oppose une barrière au délivre devenu corps étranger, il s'établit une lutte; de la victoire de la résistance du col résulte la rétention. Au 3e et 4e mois le fœtus est petit, le placenta volumineux; le premier sort, le second s'arrête et se tasse comme un bouchon à la partie supérieure du col; 2° Causes pathologiques résultant de lésions interstitielles ou de déviations utérines ; d'adhérences ou dégénérescences placentaires, de troubles dans la contractilité du sac musculeux ; 3° Causes extrinsèques, la rétention est l'effet d'interventions intempestives et maladroites faites dans le but de hâter la délivrance.

Retenu dans l'utérus, le placenta est adhérent ou non. Non adhérent, ce n'est plus autre chose qu'une matière organique dénuée de nutrition, exposée à l'action combinée de la chaleur, de l'humidité et de l'air extérieur et vouée à la putréfaction. A l'adhérence partielle répond une putréfaction localisée aux fragments de délivre décollés. Resté adhérent, le placenta se nourrit par imbibition, se raccornit, tombe en s'effritant ou subit les dégénérescences polypeuse, molaire, etc. Quant à l'antique théorie de l'absorption du placenta, l'auteur en fait justice : si le placenta disparaît après rétention, c'est qu'il est sorti de l'utérus sans être vu, en bloc, ou bien par exfoliation insensible.

L'auteur classe les diverses modalités d'évolution de la rétention en trois catégories suivant qu'elle ne s'accompagne pas d'accidents ou que ceux-ci sont précoces ou tardifs. En premier lieu, pas d'accidents, souvent pas de symptôme, et, partant, diagnostic très difficile. Dans la deuxième catégorie, celle des accidents précoces, l'auteur étudie les différentes allures que peut affecter l'hémorrhagie hâtive, légère ou grave, continue ou remittente et variable en quantité suivant l'état de vie ou de mort de l'embryon, suivant le lieu d'insertion du placenta. Le phénomène douleur, compagnon de la contraction et son degré d'adhérence peut s'exagérer au point de tuer la femme dans les convulsions. Dans la 3e catégorie se rangent, à côté de l'hémorrhagie qui, par sa persistance, de précoce devient tardive, ou qui ne survient d'emblée que sur le tard, les manifestations septicémiques et locales de la putréfaction placentaire. De même qu'il est difficile de préciser la limite à laquelle finit la rétention physiologique et où commence la rétention pathologique des débris de l'œuf abortif, de même on ne peut préjuger de la durée de cette rétention ; cette durée varierait le plus souvent de un à huit ou dix jours.

L'auteur consacre un long chapitre à l'étude du diagnostic. Facile, quand on constate de visu, ce qui n'est pas toujours aisé, l'expulsion du corps du délit, il devient très ardu dans le cas contraire; aussitôt après la sortie du fœtus ; M. Gerbaud conseille de pousser une reconnaissance à l'aide du doigt dans l'utérus, pour y constater la présence du délivre. Plus tard, surtout si l'attention n'est attirée que par une hémorrhagie tardive, il ne faut compter que sur des signes de probabilité pour asseoir le diagnostic, tenir grand compte des déviations utérines dont la valeur séméiologique a été signalée par M. Guéniot; recourir au cathétérisme et interroger l'état général et les antécédents de la femme. Dans le cas d'accidents septiques il ne sera pas sans intérêt, surtout pour le pronostic, de chercher par la connaissance exacte des conditions extérieures dans lesquelles se trouve la femme s'il s'agit d'auto ou d'hétéro-infection.

Mais, et l'auteur insiste à juste titre sur ce point, c'est surtout du traitement que dépendra le pronostic. Aussi a-t-il réservé la meilleure et la plus large place de son travail à l'étude de la conduite à tenir, à la critique des procédés à l'heure présente employés, pour se prononcer résolûment en faveur de la méthode française, l'expectation assurée. Si, pour motiver son choix, M. Gerbaud n'a pas fait abus des statistiques, seul critérium irréfutable à condition qu'elles soient exactes et consciencieuses, c'est qu'il refuse cette qualité essentielle aux statistiques des partisans de « l'ausgratzung » dont la paresse de mémoire pour les insuccès est bien connue.

Le traitement prophylactique des accidents par l'intervention précoce revêt des formes multiples; on peut dire, d'une façon générale, que celle-ci est d'autant moins inoffensive qu'elle veut agir plus rapidement et plus radicalement. L'auteur passe successivement en revue : 1° les ocytociques, ergot de seigle en tête, dont l'effet ordinaire est d'enfermer « le loup dans la bergerie » ; 2° Le tamponnement, méthode héroïque contre les hémorrhagies, mais presque dédaignée des interventionnistes à outrance ; 3° l'expression utérine bi-manuelle, hypogastrique et vaginale, peu offensive mais peu efficace ; 4° Les irrigations chaudes et antiseptiques, destinées à faire face à l'hémorrhagie et à la septicémie, mais qui sont bien plutôt du domaine de l'expectation armée ; 5° L'expression digitale ou intrumentale du délivre, précédée soit de la dilatation mécanique soit du débridement cruenté de la cavité cervicale ; 6° Le curage ou raclage de l'utérus, procédé allemand par excellence, qui agit en aveugle, ouvre des voies d'absorption aux produits septiques et donne des résultats soit incomplets en laissant des débris de délivre dans la matrice, soit trop complets en perforant l'organe; 7° La méthode de l'écouvillonnage, récemment préconisée par le Dr Doléris, que l'auteur n'apprécie que par analogie avec la précédente, faute de documents. En somme si l'intervention quand même peut s'accompagner d'heureux résultats, ce n'est pas à cause d'elle mais malgré elle qu'il en est ainsi. La bonne nature prend le dessus.

« Attendre l'expulsion spontanée du délivre, tout en se préparant à combattre les hémorrhagies, tout en cherchant à prévenir par des moyens appropriés la putréfaction et surtout ses dangereux effets, telle est la conduite que nous proposons de tenir. » En ce peu de mots l'auteur définit clairement, sagement, la méthode d'expectation.

Le travail d'avortement déclaré, avant toute chose appliquer rigoureusement l'antisepsie ; tenir tête aux hémorrhagies à l'aide des injections antiseptiques chaudes, et, seulement en cas d'impuissance de ce moyen, recourir au tamponnement que l'auteur ne craint pas de laisser 24 heures en place.

En présence d'accidents septiques multiples les injections intra-utérines dont la pratique est devenue aussi aisée qu'inoffensive grâce à l'emploi de la sonde en fer à cheval de M. Budin ou appliquer, avec Pinard, l'irrigation continue en veillant toutefois aux dangers de l'intoxication par les agents antiseptiques qu'il sera toujours loisible de substituer les uns aux autres. Ce n'est que dans les cas très rares où les manifestations de la septicémie se déchaînent, rebelles à cette expectation armée que l'auteur se décide à réussir à l'extraction du délivre à l'aide du doigt ou des pinces. La meilleure conduite à tenir, en somme, celle qui découle de l'exposé de cet excellent travail, pour le résumer en trois mots : expectation, patience et antisepsie. E. B.

VARIA

Institut Pasteur.

Le *Journal officiel* vient de publier la 39e liste de souscription pour l'Institut Pasteur ; la souscription totale s'élève aujourd'hui à plus d'un million.—Le Sénat a voté à l'unanimité le crédit de 200,000 francs déjà voté par la Chambre pour cet Institut. La clinique de M. Pasteur est transportée 14, rue Vauquelin.

Quelques journaux ont annoncé récemment qu'un Moldave mordu par un chien enragé avait succombé après avoir subi le traitement complet de M. Pasteur. Voici quelques détails sur ce fait : Six personnes de Vaslin (Moldavie) furent mordues le 11 mai par un chien reconnu enragé par les vétérinaires. Le 25 mai, les blessés arrivent à Paris conduits par le Dr Brailow. Le jour même, c'est-à-dire quatorze jours après l'accident, ils subirent leur première inoculation. La série des inoculations était terminée le 4 juin. Le 5 juin, un des blessés, Gagow, présenta de l'agitation et fut admis à l'Hôtel-Dieu : il succomba le 6 juin à quatre heures de l'après-midi. Un médecin Moldave vient d'écrire à la *France médicale* que Gagow est mort après avoir présenté *tous les symptômes de la rage* ; rien n'est moins exact : c'est ce que l'observation établira lorsqu'elle sera publiée, ce qui ne peut tarder.

Nous savons, en effet, que le malade buvait et que l'action de boire ne provoquait pas de crise : le symptôme dominant était une agitation furieuse : le malade lançait à la tête de toutes les personnes qui entraient dans sa chambre, les objets divers qui se trouvaient sous sa main. En fait d'hyperexcitabilité des sens, il est certain que le moindre bruit dans le couloir voisin de sa chambre le mettait hors de lui. Mais l'acte qui consistait à lui envoyer de l'air sur la face avec un éventail le laissait calme. En un mot, si le malade a succombé à la rage, cette rage était fort peu classique. On a pensé qu'il avait peut-être succombé à un délire alcoolique. Mais les symptômes n'étaient pas suffisants pour qu'un pareil diagnostic pût être porté d'une façon certaine. L'autopsie n'a nullement éclairé la question. Voici d'ailleurs une particularité qui nous permet d'espérer que la lumière se fera sur ce point : M. Pasteur a recueilli des portions de centres nerveux dans le but de pratiquer des inoculations. Nous connaîtrons bientôt, sans doute, les résultats qu'il aura obtenus. Nous saurons alors si Gagow a succombé à la rage.

Concours d'agrégation en chirurgie et en accouchements.

Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) s'est terminé le vendredi 11 juin par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — *Chirurgie :* MM. Schwartz, Jalaguier, Brun.— *Accouchements* : M. Maygrier.—*Faculté de Bordeaux* : MM. Pousson et Denucé. — *Faculté de Lille* : M. de La Personne. — *Faculté de Lyon* : M. Augagneur. — *Faculté de Montpellier.* —*Chirurgie :* MM. Forgue et Truc. — *Accouchements :* M. Gerbaud. — *Faculté de Nancy.* — *Chirurgie:* M. Vautrin.—*Accouchements :* M. Rémy.

Nos lecteurs se féliciteront avec nous de la nomination de notre ami et collaborateur, le Dr MAYGRIER, accoucheur des hôpitaux, dont ils ont pu apprécier les travaux. — Nous applaudissons également aux succès de nos anciens correspondants, MM. Brun et de La Personne.

Les troubles à l'Ecole de Pharmacie (*suite*).

MM. Normand et Cristofini, étudiants en pharmacie, compromis dans les troubles qui se sont produits dernièrement à l'Ecole de pharmacie (1), et déjà frappés par une peine disciplinaire — (le premier a été privé pendant quinze mois du droit d'assister aux cours ; pour le second, cette interdiction a été portée à deux ans) — viennent d'être condamnés par le tribunal correctionnel de la Seine (audience du 12 juin 1886) pour bris de clôture : M. Normand à 6 jours de prison et M. Cristofini à 4 jours, et chacun d'eux à 50 fr. d'amende. Ce sont là des condamnations sévères. Nous espérons que M. le ministre de l'instruction publique usera de bienveillance envers ces jeunes gens, déjà punis par l'Université.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 21 et 22, 1886.

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1630 à 1635. — On trouve que les religieuses oublient leur vœu de pauvreté, qu'elles *ont trop d'argent*, non seulement dans l'Hôtel-Dieu, mais encore *qu'elles cachent leurs biens chez des personnes de la Ville*. Ce mémoire renferme la proposition d'une nouvelle charge créée à l'Hotel Dieu pour éviter les abus, la charge de *dépositaire* des Religieuses.

Article de l'établissement d'une dépositaire. — Cet article a esté occasionné par le scrupule ou plustost remords de conscience de plusieurs religieuses et de leurs confesseurs qui voyent la propriété toute manifeste et commune parmy des personnes qui ont faict vœu de pauvreté d'où naist le doubte de l'estat des âmes de ces personnes et de la validité de l'absolution sacramentale quelles reçoivent après avoir esté longtemps exhortées de sortir non seulement de l'occasion prochaine de pescher, mais de l'aversion mesme à un pesché actuel et de tout pesché mortel en cas que cette propriété soit jugée telle, comme les docteurs l'ont décidé. Cette propriété ou *peculium* que retiennent quelques religieuses est de deux sortes :

La première conste de l'argent ou aultres choses dont l'obtention se fait par des *moyens illicites* comme si une religieuse distrait ce qui appartient à Messieurs du Temporel par exemple, si elle retient de ce qui provient de la vente des habitz de ceux qui meurent en l'Hostel Dieu, ou encores de ce qui se donne ou pour aulmosne ou pour recognoissance de la garde des malades que quelque fille a esté servir par la ville. La retention de cette nature de *peculium* est un vray larcin approchant du sacrilège incompatible avec l'absolution en la pénitence si la personne ne propose auparavant de se départir de cette propriété et ne l'effectue au plus tost.

La seconde sorte de propriété conste de l'argent ou aultres choses desquelles l'obtention est par des moyens honnestes et licites comme quand les parents ou amis donnent libéralement aux filles soit argent ou aultres choses qu'elles doivent recevoir par tiltre d'aumosne ; le double est si la restension de ces choses est peché ou si elle doibt estre permise. Il est certain qu'avec la permission du supérieur spirituel ces choses peuvent demeurer entre les mains des religieuses ou pour les garder simplement ou mesme pour son service par forme d'usage. Mais la question est si le supérieur doit laisser tousiours et tout ce que chascune fille peult amasser et avoir entre ses mains pour en user ny plus ny moins que les personnes du monde font de leur bien.

La perfection du vœu de pauvreté requiert que la personne qui l'a faict se despouille et d'affection et d'effect de posséder en pleine liberté ces commoditez et qu'elle les reçoive ou de la maison ou d'aulmosne à mesure qu'elle en a besoing.

Ce qui attache l'esprit de plusieurs religieuses à ne pouvoir départir de leur propre est qu'elle soubstiennent que souvent elles ont des menues necessitez qui ne leur sont fournies par personnes.» Ces menues nécessités sont des crayons, des aiguilles, etc., etc., (et il y en a ainsi plein une grande page in folio), Nous passons ce détail de famille et nous arrivons après une citation de l'épître de Saint-Paul aux Corinthiens, à savoir que :

« Pour remédier à ce mal on a estimé que l'establissement d'une dépositaire seroit à propos, entre les mains de laquelle toutes les religieuses disposeroient tout ce qu'elles ont, sauf et excepté les habits linges et tout ce qui leur est permis de tenir entre les mains du chappitre de la Pauvreté dans les Statutz, et qu'on leur laisse de par mémoire de six en six mois renouvellé.

Cette dépositaire gardera tout ce que les religieuses et filles recevront de leurs parents ou amys par aulmosne, sans qu'elles puissent en demander ou *mandier;* et lorsqu'on mettra ces choses entre les mains de la dépositaire elles seront tenues au nom et cōme estant à la cōmunauté, ainsy que les premiers chrestiens apportant leur bien au pied des apostres, s'en devestissoient et désaisissoient pour estre employez à la necessité des premiers qui en avoient affaire.

Car on n'institue point cette dépositaire pour tenir en dépost ou fidés commis le *peculium* de chaque religieuse en la façon que le grand prestre jadis tenoit en depost et en garde le bien des veufves dans le temple, ce qui se remarque dans le second livre des Machabées lorsqu'Heliodore vint pour piller le trésor d'iceluy *summus sacerdos offendit deposita esse hæ viduarum.*

Telle sorte de dépositaire conserve la propriété aux personnes singulières de qu'ilz gardent tels deposts et par ce moyen ce ne seroit que colorer l'abus et non loffice. Si les filles n'abdicquoient entièrement ce qu'elles y ont de propre et le laissoient à la com-

munauté de laquelle aussy elles recevroient le secours de leurs necessitez sans avoir esgard si elles auroient contribué ou non à faire cette mense.

On propose que cette dépositaire sera changée tous les ans.... et que sortant elle déclarera aux supérieurs ce qu'elle aura manié et despensé durant l'année et rendra le reste de l'argent ou aultres choses qu'elle pourra avoir entre les mains, pour en estre baillé à celle qui lui succedera pour estre nantie de quoy fournir aux necessitez des sœurs, attendant qu'elles reçoivent des charitez qui durant cette année seront faittes aux filles pour leurs dittes necessitez. Que si il y a plus qu'on n'estimera necessaire dans un an, le *surplus sera baillé à messieurs du temporel.*

En cela messieurs du temporel ne sont interessez ains plustost il y a de lavantage pour eux, car on ne leur demande rien, quoyque cy-devant on leur ait demandé et qu'en effect ilz ayent baillé trois cent livres entre les mains de la Prieure pour fournir aux necessitez des filles qui n'avoient de *peculium* : cela sera supplée parce qui superabonde aux aultres à qui on faict des dons ou présents et par ainsi ce sera espargner pour le Temporel qui ne recevroit aussy bien ce qui est de propre à chascune religieuse : *car de leur bon gré elle ne leur donneront jamais : et de leur oster il sera malaisé*, car celles qui seavent comme on les a despouillé de ce qu'elles avoient amassé, *maintenant elles y font garder en ville par des personnes seculières* ce quelles espargnent pour leur propre et qu'elles veulent posséder, soubz pretexte de subvenir à leurs imaginaires nécessitez. On dira que la Prieure ou soubz prieure peuvent faire ce qui se propose sans quil soit besoin d'establir une aultre religieuse pour cela. Responce que leur charge leur dõne de *lauthorité à refuser et renvoyer* plus rudement les filles et qu'elles n'auroient assez d'assurance ou de liberté de parler à elles et en cas de refus ne scauroient à qui avoir recours pour implorer qu'on cõmandast à telle depositaire de leur bailler ce quelles desireroient. On dira qu'il semble qu'on veille par ce moyen ouvrir la liberté et la licence aux religieuses et filles de faire de la dépenee à leur phantasie qui souvent seroit dereglée et se porteroit à des superfluités. Responce qu'il y a un remède à ce danger pour ce que si on demande quelque chose a ladicte dépositaire qui soit notable, *cõme de l'argent qui excedast un quart d'escu, ou qu'on demandast peu, mais souvent*, en ce cas, la dépositaire s'informera pourquoy c'est faire ou mesme en advertira les supérieurs.

On dira que tout cela n'ostera jamais l'habitude de plusieurs qui, *quoy quon fasse veulent avoir du propre.* Responce qu'il y a peu qui ne tesmoignent désirer lestablissement dune dépositaire pour mettre tout en cõmunauté pour *tout à fait renoncer à leur propriété* et que s'il arive à quelques unes de contrevenir a la règle elles seront punies *par privation des sacrements*, les supérieurs, *faisant du péché contre la pauvreté un cas réservé duquel un seul peniteneier cõmis par messieurs de Nostre Dame puisse absoudre après deux ou trois advertissements que les confesseurs ordinaires en auront fait en confessions particulières* et s'il est besoing les superieurs spirituels y apporteront d'aultres peines canonicques et régulières. (*Liasse* 875).

(Archives Assist. publ.)

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Marc Sée, Farabeuf, Segond ; — 2e partie : MM. Hayem, Damaschino, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Tarnier, Le Dentu, Terrillon; — 2e partie : MM. Potain, Fournier, A. Robin.

Mardi 22. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Brouardel, Joffroy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Pajot, Richet, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Panas, Polaillon, Bouilly ; — 2e partie : MM. G. Sée, Ball, Raymond. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM Le Fort, Richelot, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM. Hardy, Jaccoud, Hallopeau.

Mercredi 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, 2e partie, MM. Le Dentu, Farabeuf, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Pouchet. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu), Ire *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Tarnier, Marc Sée, Reclus.

Jeudi 24. — 2e *d'Officier de santé* : MM. Grancher, Richelot, Debove. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Pajot, Duplay, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Lannelongue, Polaillon, Peyrot ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Peter, Bouchard, Hanot; 2e partie, 2e *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Troisier. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. G. Sée, Ball, Raymond ; — 2e *Série* : MM Vulpian, Proust, Hutinel.

Vendredi 25. — 1er *d'Officier de santé* : MM. Marc Sée, Farabeuf, Remy. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, A. Robin. — 5e *de Doctorat*, Ire partie (Charite), 1re *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Le Dentu, [illegible]ard.

Samedi 26. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Quinquaud. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu), 1re *Série* : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM Pajot, Lefort, Campenon ; — 2e partie : MM. Peter, Grancher, Hanot; — Ire partie (Charité) : MM. Duplay, Richelot, Bouilly ; — 2e partie (Charité) : MM. Hardy, Ball, Hallopeau. — 3e *d'Officier de santé* : MM. Jaccoud, Polaillon, Debove.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 22. — M. Legrand. Contribution à l'étude des fractures de cuisse compliquées de plaies. — M. Bourdel. De la spléno-pneumonie. — *Jeudi* 24. — M. Gazala. Essai sur la cause de la mort naturelle ou physiologique. — M. Jaillet. Des laits fermentés et de leurs usages thérapeutiques. — M. Boussumier. Etude sur un cas de vomissements fécaloïdes dans le cancer de l'estomac. — *Vendredi* 25. — M. Drouault. Des hémorrhagies névropathiques des voies respiratoires. — M. Wroblewski. De l'emploi de la pilocarpine dans l'hystérie.

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté à l'hôpital de la Charité, recommencera un dernier cours avant les vacances, le lundi 28 juin, à 4 heures, à son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences et manipulations. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, rue Jean Lantier, n° 4, chez le Dr Latteux, de une heure à deux.

NÉCROLOGIE

Le docteur von Gudden.

Le corps médical vient d'éprouver une grande perte en la personne du Dr v. Gudden, un des aliénistes les plus distingués de notre époque. Il est mort le 14 juin courant, victime de son devoir professionnel. Gudden était né à Clèves le 7 juin 1824 ; il fit ses études à Berne, à Berlin et à Halle; reçu docteur en 1848, il fut nommé en 1855 directeur de l'asile d'aliénés de Werneck. En 1869, nous le retrouvons professeur de psychiatrie à Zurich ; en 1872 il occupe à Munich la même chaire et est directeur de l'asile d'aliénés. Les travaux de von Gudden sont connus et appréciés de tous ; son microtome se trouve dans la plupart des asiles de l'étranger. von Gudden prenait une part active aux discussions du Congrès annuel de la Société des médecins allemands. — Le public médical regrettera avec nous qu'une mort prématurée vienne nous priver des travaux que nous étions en droit d'attendre encore de lui, et qu'une intelligence aussi grande soit tombée sous les coups inconscients d'un dégénéré, le roi Louis II de Bavière. — Nous citerons de von Gudden : *Beiträge zur Lehre von der durch Parasiten bedingten Haut-Krankheiten*, Stuttgard, 1855 ; *Beitrag zur Lehre von der Seabies*, Wurzburg, 1863 ; *Experimentelle Untersuchungen uber das Schädelwachsthum*, Münich, 1874 ; le *même*, traduit en français, par le professeur Forel (1876) ; *Experimentelle — Anatomische Untersuchungen über das periphere und centrale Nervensystem* (*Archiv f. Psychiatrie*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 6 mai 1886 au samedi 12 juin 1886, les naissances ont éte au nombre de 1149 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 415; illégitimes, 153. Total, 568. — *Sexe féminin* : légitimes, 424; illégitimes, 157. Total, 581.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 mai 1886 au samedi 12 juin 1886, les décès ont été au nombre de 893, savoir : 525 hommes et 368 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 4. F. 2. T. 6. Variole : M. 0. F 2, T. 2. — Rougeole : M. 13, F. 13, T. 26. — Scarlatine : M. 7. F. 5 T. 12. — Coqueluche : M. 7, F. 5 T. 12. — Diphthérie, Croup : M. 14 F. 9, T. 20. — Dyssenterie : M 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 1, F. 2. T. 3. — Infections puerpérales : 3 — Autres affections épidémiques : M. ., F ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë; M. 29 F. 18, T. 47. — Phthisie pulmonaire : M. 108, F. 69 T. 177. — Autres tuberculoses: M. 16, F. 9. T. 25. — Autres affections générales : M. 17, F. 22 T. 39. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 30, F. 18, T. 48. — Bronchite aiguë: M. 11, F. 11, T. 22. — Pneumonie : M. 40, F. 27, T. 67. — Athrepsie : M. 46, F. 22 T. 68. — Autres maladies des divers appareils . M 153 F. 119, T. 272. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 6. T. 24. — Causes non classées M. 11, F. 9, T. 20.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 67 qui se décompesent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 22, illégitimes, 13. Total : 35 — *Sexe féminin :* légitimes, 16 ; illégitimes, 16 Total : 32.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE — L'épreuve orale de trois quarts d'heure après 3 heures de préparation, a commencé le jeudi 10 juin. Voici les questions orales qui ont été traitées : Vendredi 11, MM. Rodet (Lyon) et Quenu (Paris), *Muqueuse de l'intestin grêle* (an et phys.). Les autres questions données jusqu'à ce jour ont été : Jeudi 10 juin, le *pancréas,* MM. Tapie et Guinard. — Samedi 12 juin, MM. Gilles et Nicolas, les *glandes sudoripares* et les *glandes sébacées.* — Mardi 15 juin, MM. Poirier et Princeteau, le *nerf de la septième paire.* — Mercredi 16 juin, MM. Variot et Ferré : *Glande mammaire.* — Le jury a décidé qu'outre les épreuves pratiques d'anatomie et histologie les candidats auraient à subir une épreuve pratique de physiologie expérimentale.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACOLOGIE. — Les leçons orales de trois quarts d'heure après 3 heures de préparation, ont commencé le mercredi 5 juin à cinq heures du soir.

Physique : Mercredi 9, MM. Leroy et Malone ; jeudi 10, MM. Borel et Didelot ; vendredi 11, M. Louet. — *Chimie :* Vendredi 11, M. Villejean ; samedi 12, MM. Lambling et Guérin ; mardi 15, MM. Morelle et Hugonneng. — *Pharmacologie :* Mardi 15, MM. Thibault et Florence.— Les questions données ont été : *Physique.* Mercredi 9, *hypsométrie.* — Jeudi 10, *thermoélectricité.* — Vendredi 11, *tuyaux sonores.* — *Chimie* Samedi 12 juin, *cyanogène et cyanures,* MM. Lambling et Guérin. — Lundi 14, *mercure et ses combinaisons,* MM. Moelle et Hugonneng. — Vendredi 11, *antimoine et ses composés,* M. Villejean. — *Pharmacologie.* Mardi 15 juin, MM. Thibault et Florence. *Alcaloïdes.*

CONCOURS POUR L'ADJUVAT D'ANATOMIE. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : MM. Delbet, Sebilleau, Potherat, Récamier, Lyot et Thiéry.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DU BUREAU CENTRAL. — Les questions donnés à ce concours (épreuve orale) ont été : *Déviation du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement; des perforations centrales du périnée.* — L'épreuve pratique de médecine opératoire a eu lieu le samedi 12 juin dans l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Les candidats ont eu à faire : *Ablation du gros orteil avec son métatarsien; ligature de l'artère fémorale à la base du triangle de Scarpa.* — A la suite de ces épreuves, cinq candidats seulement ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives ; ce sont : MM. Auvard, Stapfer, Boissard, Bureau et Loviot. — La première épreuve définitive (consultation écrite) a eu lieu mercredi 16 juin à l'Hôtel-Dieu.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Jury provisoire :* MM, Bouchereau, Bigot, Baillarger, Espiau de Lamaestre, Lancereaux, Hardy, Strauss. — Les candidats sont au nombre de trois : MM. Gilson, Ph. Pinel, Seglas.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN DU BUREAU CENTRAL. — La question donnée à la première épreuve orale (hopital de la Charité), le 10 juin à 9 heures, a été : *Des causes de la mort chez les diabétiques.*— Les questions suivantes ont été posées pour la seconde épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie : *Diagnostic différentiel de la variole, de la scarlatine et de la rougeole pendant la période d'invasion ; du zona.*

FACULTÉS DES SCIENCES DE PARIS. — Les inscriptions pour les examens de licence ès sciences seront reçues au secrétariat tous les jours de 2 à 4 heures, du 25 juin au 3 juillet inclus. Les épreuves commenceront le 7 juillet pour les sciences physiques, le 9, pour les sciences naturelles.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — La chaire de calcul différentiel et de calcul intégral de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — La chaire de physique mathématique et de calcul des probabilités de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — La chaire de mécanique physique et expérimentale de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours des clinicats.* — Les concours pour le clinicat chirurgical et le clinical d'ophthalmologie ont commencé cette semaine. Voici la composition du Jury : *Clinicat chirurgical.* MM. les Prs Richet, président ; Verneuil, Trélat, Panas, et Lannelongue, juges. — *Clinicat d'ophthalmologie.* MM. les Prs Gavarret, président ; Richet, Verneuil, Panas et Lannelongue. — Le nombre des candidats inscrits est de cinq pour le clinicat chirurgical ; ce sont : MM. Barette, Castex, Guinard, Hache, Ozenne. — Le sujet de la composition écrite (3 heures) a été : *Sinus maxillaire et ses collections liquides.* — Le nombre des candidats inscrits pour le clinicat d'ophthalmologie est de deux ; ce sont : MM. Valude et Kalt. — Le sujet de la composition écrite, pour laquelle trois heures sont accordées, a été le même que pour le clinicat chirurgical.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — La chaire de pathologie externe de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Martin, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, du 1er mai au 31 octobre 1886.— M. COTTON, préparateur adjoint de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé des fonctions de préparateur de chimie générale à ladite Faculté, pendant la durée du congé accordé à M. Martin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — La chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — M. LENOEL, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à ladite Ecole (chaire transformée).

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de Strasbourg.* — M. le Dr H. SHLING, premier assistant à l'institut pathologique, est nommé privat-docent d'anatomie pathologique et de pathologie générale.— *Faculté de Vienne.* — M. le Dr BOCK est nommé privat-docent d'ophthalmologie à cette Faculté.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le prochain Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences devant se réunir à Nancy du 12 au 20 aout prochain, M. le professeur BOUCHARD. président de la 12e section (Sciences médicales), prie les médecins qui désirent participer aux travaux de cette section, de lui faire connaitre le plus tôt qu'il leur sera possible les titres des mémoires ou communications qu'ils ont l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session, qui paraitra très prochainement, en contienne l'indication. — Prière d'adresser les lettres au secrétariat du Conseil, 4, rue Antoine Dubois à Paris.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le Dr BOURDIN (de Choisy-le-Roi), membre de la Commission Administrative de la Société centrale, et décédé il y a quelques semaines, vient de faire un legs de 10,000 francs à l'Association générale pour la caisse des pensions de retraite. (*Un. méd.*)

EXCURSIONS BOTANIQUES. — *Ecole de pharmacie de Paris.* — M. GÉRARD, agrégé de botanique à l'école supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 20 juin, *dans les bois de Clamart.* Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures 35, pour la station de *Clamart.* — *Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr BAILLON fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Carnelle, le dimanche 20 juin 1886. Le départ de Paris pour Presles aura lieu à la gare du Nord à 8 h. 25 du matin. — *Muséum d'Histoire naturelle de Paris.* — M. le professeur BUREAU fera sa prochaine herborisation le dimanche 20 juin 1886 dans la vallée de la Bièvre. Rendez-vous à la porte d'Italie à midi.

EXCURSIONS GÉOLOGIQUES. — *Muséum d'Histoire naturelle de Paris.* — M. St. MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 20 juin 1886, à Ezanville, Domont, Andilly et Soisy. Rendez-vous gare du Nord, ou l'on prendra à 8 heures du matin le train pour Ecouen. On sera rentré à Paris vers 5 heures. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de s'inscrire au laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place avant samedi soir à 4 heures.— *Faculté des Sciences de Paris* — M. MUNIER-CHALLMAS, sous-directeur du laboratoire de géologie à la Sorbonne, fera le dimanche 20 juin une excursion géologique aux environs d'Etampes, Jeurres, etc. (terrain miocène). Rendez-vous à la gare d'Orleans à 6 h. 30 minutes du matin.

EXPOSITION D'HYGIÈNE URBAINE. — Les Conférences ci-après ont été faites à l'Exposition d'hygiène urbaine, caserne Lobau, à huit heures un quart du soir : Mardi 15 juin. M. DE BAUDOT, architecte : *Les dispositions et installations des lycées et collèges ; le lycée Lakanal.* — Jeudi 17 juin. M. CHEYSSON, ingénieur en

14e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. III. N° 26. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 JUIN 1886

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur U. TRÉLAT

De la tuberculose.

4e Leçon, recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, et revue par le professeur (1).

CONDITIONS DE SUCCÈS ET CAUSES D'INSUCCÈS DANS LES OPÉRATIONS SUR LES TUBERCULEUX.

Messieurs,

J'ai eu maintes fois, dans ces dernières années, l'occasion de faire des cliniques sur divers points de la tuberculose chirurgicale. Quelques-unes de ces leçons, recueillies et rédigées par mon chef de clinique d'alors, M. le Dr Petit-Vendol, sont actuellement en cours de publication dans le *Progrès Médical* (2). Les deux premières avaient surtout pour objet l'historique de la tuberculose en général ; la troisième était consacrée à un aperçu d'ensemble sur certaines localisations tuberculeuses : tuberculose testiculaire, linguale, etc., et sur les indications thérapeutiques qu'elles pouvaient susciter. Puis, comme il ne faut pas faire de la pathologie sous prétexte de clinique, j'ai laissé là les choses, et abandonné les généralités. Depuis lors, j'ai eu souvent à vous entretenir de cas particuliers de ce genre, qui m'ont servi de thème pour des leçons isolées plus ou moins étendues. Mais cette question est inépuisable : tous les jours de nouveaux malades viennent nous apporter de nouveaux matériaux d'étude, de nouveaux sujets de réflexions. Vous ne serez donc point surpris de me voir revenir encore aujourd'hui sur la tuberculose chirurgicale, pour l'envisager à un autre point de vue, et pour vous présenter une série de considérations qui n'ont pu trouver place dans mes leçons précédentes.

Je veux maintenant jeter un coup-d'œil d'ensemble sur les nombreux faits qui se sont présentés à notre observation dans ces derniers temps, et étudier devant vous, d'après ces faits, les conditions de nos succès et les causes de nos échecs dans les opérations sur les tuberculeux.

Malgré son caractère de généralité, cette leçon ne sera pas une leçon de pathologie à propos de la tuberculose. Sans doute, elle ne comportera pas la classique étude détaillée d'un ou plusieurs cas plus ou moins connexes ; mais elle n'en sera pas moins une leçon clinique au vrai sens du mot, car ce sont les malades du service qui me fourniront des exemples et des preuves à l'appui de ce que je vous dirai.

En matière de tuberculose chirurgicale, Messieurs, les succès complets et durables sont rares, et les insuccès, les revers même, sont fréquents. Il y a à cela diverses raisons que je vais m'efforcer de mettre en lumière.

Mais, avant d'aller plus loin, il me paraît utile d'ouvrir une parenthèse pour bien poser la question. Lorsqu'un malade se présente dans nos services avec une lésion tuberculeuse locale, il faut que le chirurgien, qui doit être en même temps un médecin sagace, s'occupe d'abord, et avant toute décision opératoire, d'établir ce que j'ai appelé, à la Société de Chirurgie, *le bilan du malade*. Le diagnostic local est fait ; c'est bien. Mais qu'y a-t-il derrière cette lésion locale ? Quelle est exactement, au point de vue pathologique, la situation du patient ? Dans quel état sont ses poumons, ses reins, ses intestins, organes des fonctions capitales et de nécessité absolue ?.. Il faut donc examiner l'état général, étudier minutieusement tous les organes, et faire la somme des états organiques. Cette recherche est d'une importance primordiale, et constitue un préliminaire indispensable aux déterminations thérapeutiques qu'il y aura lieu de prendre par la suite.

Cependant, Messieurs, une fois cette recherche faite, une fois le diagnostic bien établi, ne vous flattez pas encore d'assurer l'avenir, et ne croyez pas que vous puissiez, grâce à l'opération que vous allez entreprendre, défier tout développement ultérieur de tubercules. Quelque soin que vous apportiez à votre examen, vous pouvez vous méprendre sur l'état du malade que vous avez à opérer ; vous pouvez ne pas apprécier comme contre-indication opératoire des lésions pulmonaires ou locales dont l'évolution viendra néanmoins, ultérieurement, compromettre le succès de votre intervention, et vous n'êtes malheureusement pas en mesure de prévoir sûrement l'imminence ou la non imminence de cette évolution fâcheuse. Je vais vous montrer bientôt, par un bon nombre d'exemples, cette influence de l'état général ou local sur les suites de l'opération, sur la marche de la cicatrisation, sur le résultat définitif de votre traitement ; mais, auparavant, j'ai à vous parler d'un autre ordre de cas.

Dans plus d'une circonstance, Messieurs, l'enquête préalable dont je vous signalais tout à l'heure la nécessité, ne vous donnera pas de résultats satisfaisants, vous reconnaîtrez l'existence de lésions multiples et graves, vous constaterez que l'organisme est miné sur divers points par la tuberculose, et vous serez conduits à repousser comme vaine, inutile, et même dangereuse, toute tentative opératoire. Vous serez réduits alors au traitement général et à la thérapeutique palliative.

Deux malades se sont présentés à nous dans ces conditions l'an dernier : l'un avait une ostéite tuberculeuse costale étendue, avec fistules ; l'autre, de la tuberculose testiculaire avec envahissement de la prostate ; chez tous les deux, il existait des lésions pulmonaires, évidentes et avancées chez le premier, moins évidentes, mais néanmoins indubitables chez le second. Chez celui-ci, il était impossible de supprimer tous les foyers tuberculeux ; chez celui-là, cette suppression n'eût pu être réalisée qu'au prix de délabrements considérables, et l'état de ses poumons ne lui eût laissé ni la force ni le temps nécessaires pour les réparer. La chirurgie n'avait donc aucune ressource à leur offrir ; aussi les ai-je renvoyés à leur vraie place, c'est-à-dire à des services de médecine.

Voilà donc une première catégorie de faits dans lesquels le chirurgien est amené à renoncer à toute inter-

(1) Leçon du 17 mars 1886.
(2) Voir *Progrès médical* nos 11, 13, 16, 1886.

vention. Dans certains cas, comme dans ceux que je viens de mentionner, l'abstention s'impose sans contestation possible; dans d'autres, il est bien délicat d'apprécier les conditions sur lesquelles vous devrez baser votre détermination d'agir chirurgicalement ou de vous abstenir, et là, de même que dans bien des circonstances analogues, le chirurgien n'a plus, pour se guider dans ses décisions, que son tact et son expérience acquise.

Lorsque, vous trouvant en face d'un de ces cas limites, vous croyez devoir vous décider à opérer, il vous est impossible de méconnaître les chances fâcheuses que vous avez contre vous, et si vous pensez pouvoir fonder sur votre intervention quelque espoir de bénéfice pour le malade, vous ne vous dissimulez pas pourtant la possibilité d'un désastre. Mais, Messieurs, la thérapeutique chirurgicale en matière de tuberculose est exposée à se heurter contre un écueil plus terrible encore, et d'autant plus terrible que rien ne va vous permettre de le soupçonner à l'avance. Un tuberculeux vous consulte pour une lésion parfaitement circonscrite, une carie du grand trochanter, par exemple, — c'était le cas de notre malade du n° 20; — vous établissez son bilan et le trouvez satisfaisant : l'état général est bon; il n'y a aucun signe de lésions pulmonaires. Dans ces conditions, vous décidez résolument et vous pratiquez la destruction du foyer pathologique. Et alors, au lieu de voir se réaliser la guérison que vous vous croyiez bien en droit d'espérer, vous assistez à cette triste et cruelle évolution morbide, maintes fois signalée : vous voyez se développer sous vos yeux, et progresser en dépit de vos soins, une tuberculose pulmonaire à marche rapide, qui emporte votre opéré dans un laps de temps assez court, un mois, six semaines. Votre opération a donné un coup de fouet à une tuberculose latente jusque-là, et au lieu d'avoir guéri votre malade, votre intervention peut être accusée d'avoir hâté sa fin. Eh bien! Messieurs, cette évolution, en vertu de laquelle on voit la tuberculose se généraliser à la suite d'une opération, constitue une des éventualités les plus redoutables de la chirurgie des tuberculeux. Je me hâte toutefois d'ajouter que cette éventualité terrible est, par bonheur, bien moins fréquente qu'on ne l'a prétendu, et qu'aux désastres dont elle a été la cause, nous sommes tous en mesure d'opposer un nombre respectable de beaux et rassurants succès.

Il s'en faut pourtant de beaucoup que ces beaux succès, ces succès complets, soient la règle. Assurément, lorsque après avoir scrupuleusement établi le bilan d'un malade et l'avoir trouvé bon, nous nous décidons à intervenir, notre action chirurgicale est légitime, et il nous est permis d'en attendre un résultat favorable. Malheureusement, dans bien des circonstances, cet espoir sera déçu : nous n'aurons qu'un demi-succès, qu'un quart de succès, et, de temps en temps, un cas pénible viendra nous rappeler à l'ordre et réveiller notre attention, soit que nous constations après coup que nous avons opéré inopportunément, soit que nous voyions succomber au cours du traitement un malade chez lequel notre intervention avait semblé absolument opportune.

Aussi, Messieurs, la thérapeutique chirurgicale des tuberculeux est-elle des plus délicates et des plus difficiles, et ne saurait-on trop s'attacher à déterminer, aussi exactement que possible, pourquoi une intervention rationnelle et bien justifiée donne, ici un succès, et là un mécompte plus ou moins grave ou même un véritable désastre. D'ailleurs, conditions de succès et causes d'insuccès sont, vous le comprenez, deux questions étroitement connexes, et mieux vous connaîtrez les dernières, mieux vous serez à même de réaliser les premières dans les cas où elles seront réalisables.

Les opérations chez les tuberculeux échouent : 1°, parce que la tuberculose récidive localement; 2°, parce qu'il survient des poussées générales; 3°, parce que, en raison de l'étendue des désordres, l'opération est restée incomplète. Or, Messieurs, s'il y a un article de foi en chirurgie, c'est que les opérations sur les tuberculeux doivent être des opérations complètes : cela ressort avec une lumineuse évidence des discussions de la Société de Chirurgie, et des communications de Socin, d'Ollier et autres au récent Congrès des chirurgiens français. Voila donc les trois grandes classes des causes d'insuccès des opérations chez les tuberculeux.

Occupons-nous d'abord des récidives locales. Vous avez opéré un tuberculeux, vous l'avez opéré largement, de façon à être en droit de croire que vous avez bien détruit le foyer, et, au lieu du succès sur lequel vous comptiez, vous voyez survenir une repullulation de tubercules dans votre plaie opératoire, dans vos lambeaux d'amputation, ou dans une région voisine... Que s'est-il donc passé ? Qu'avez-vous fait? Votre opération a-t-elle été insuffisante? Avez-vous, par un mode opératoire défectueux, réalisé un semis de tubercules? Ou bien l'accident qui vous arrive est-il une manifestation d'une intoxication générale ?... La question est bien difficile à trancher, et cette étude serait un sujet énorme que je ne puis aborder maintenant. Mais il est un fait certain, c'est que nul ne peut répondre de faire sûrement une opération complète chez un tuberculeux. J'ai été autrefois plus confiant et plus affirmatif; j'en suis revenu aujourd'hui, et j'en ai rabattu beaucoup de mon opinion première. Vous faites, par exemple, un évidement osseux; vous avez appliqué la bande d'Esmarch et vous y voyez bien clair; vous vous arrêtez, croyant avoir fait une opération complète, lorsque l'os offre à votre vue l'aspect de l'os sain, à vos instruments la résistance de l'os sain. Eh bien! dans ces conditions, si rassurantes en apparence, vous pouvez vous être trompés, parce qu'il existait, sur les confins de votre champ opératoire, des lésions que rien ne vous permettait de reconnaître, ni votre œil, ni votre instrument, pas plus que vous ne pouvez deviner qu'une poutre brûle silencieusement sous votre plancher intact. Ne pas enlever toutes les parties malades visibles est une faute de métier; mais celui qui a cru tout enlever peut-il se targuer d'avoir sûrement tout enlevé? Non, et il faut que vous sachiez qu'il est des lésions impossibles à apercevoir, quelque attention qu'on apporte à leur recherche. Or, ce sont ces lésions invisibles qui vont plus tard devenir l'origine d'une récidive.

Voici maintenant des faits à l'appui de cette assertion.

Nous avons, au n° 7 de la salle Sainte-Vierge, un homme qui est dans le service depuis plus de 6 mois pour une carie tuberculeuse de l'os iliaque droit. Les premiers symptômes de son mal remontent à la fin de 1884, et il a fait alors un premier séjour dans nos salles ; il semblait à cette époque avoir un sarcome de l'os coxal. Il est revenu en septembre 1885 avec des phénomènes inflammatoires et des fistules; l'état général était mauvais, mais on ne constatait pas de lésions pulmonaires. M. Segond, qui me remplaçait pendant les vacances, lui fit une grosse opération, consistant dans la résection d'une partie de l'os iliaque. Le résultat fut

excellent au point de vue de l'état général, et parut non moins bon au point de vue local pendant les premiers mois; mais depuis, la réparation a cessé de faire des progrès, et il reste encore actuellement deux points non cicatrisés, ce qui correspond à une récidive locale. Cependant, selon toutes probabilités, l'opération avait été complète. Mais j'ai observé plus d'un cas de ce genre, et pareil mécompte n'est pas de nature à me surprendre.

Vous avez pu voir récemment, au nº 16 de la même salle Sainte-Vierge, un jeune garçon de 15 ans, chez lequel nous ne sommes arrivés à un résultat satisfaisant qu'après trois interventions successives. Il est entré à l'hôpital, en juillet 1885, pour une carie du calcanéum, et M. Segond lui a fait, le 7 août, l'évidement de l'os malade. Lorsque j'ai repris le service à la fin d'octobre, la cicatrisation était encore incomplète; nous fimes de notre mieux pour la favoriser, sans succès toutefois, car nous l'attendions toujours vers le milieu de janvier 1886. La persistance des fistules et la constatation au stylet de points osseux malades, me déterminèrent alors à intervenir une seconde fois, ce que je fis, le 22 janvier, en pratiquant, non une résection typique, mais un nouvel évidement étendu. Le 2 mars, le malade n'était pas encore guéri, et il me fallait l'opérer une troisième fois. C'est seulement à la suite de cette dernière retouche opératoire que nous sommes arrivés à la cicatrisation définitive, après avoir, par ces évidements successifs, enlevé la presque totalité du calcanéum. Cet enfant va sortir ces jours-ci, n'ayant plus qu'un reste de calcanéum, mais un reste susceptible de servir de base à une reproduction osseuse, et assurément dans de meilleures conditions, au point de vue des fonctions du pied, que si nous lui avions fait l'extirpation du calcanéum.

Autre cas, fourni par le nº 32 de la salle Sainte-Vierge. Ce malade, homme de 20 ans, a eu quelques manifestations strumeuses dans son enfance (gourmes, adénopathies non suppurées); il n'a pas d'antécédents tuberculeux héréditaires; il n'a jamais toussé. Il vient demander des soins pour deux abcès froids qui siègent, l'un dans la fosse iliaque externe gauche, l'autre au niveau de la partie interne et supérieure de la cuisse du même côté. Pendant les vacances de 1884, M. Bouilly ouvre ces deux abcès et les gratte. Après de longs mois de traitement, deux fistules persistent encore. En août 1885, M. Segond, à son tour, ouvre la fistule de la fosse iliaque externe, arrive sur le bord de l'os coxal, en résèque une partie, et rugine tous les points osseux ramollis. En novembre, je trouve une plaie encore fistuleuse, et je détruis avec le thermo-cautère un gros bourgeon tuberculeux qui fait saillie au niveau de la fistule. Malgré tout cela, le malade n'est pas encore guéri aujourd'hui, et, selon toute vraisemblance, il nous faudra intervenir à nouveau pour essayer de triompher enfin du mal, qui n'a heureusement pas retenti d'une façon fâcheuse sur la poitrine et sur l'état général.

Je pourrais vous rappeler encore un autre fait que j'ai observé à Necker; je le mentionnerai seulement en quelques mots. Il s'agissait d'une carie du calcanéum. J'en fis l'évidement. Mais, moins d'une année après, il me fallut recommencer, et ce n'est qu'à la suite de cette seconde opération que j'obtins la guérison.

Voilà donc plusieurs malades récents, chez lesquels nous avons vu survenir des récidives locales motivant de nouveaux actes opératoires. Deux de ces malades ont dû subir trois opérations successives; sur les deux, un seul est définitivement guéri, tandis que l'autre devra être réopéré sous peu pour la quatrième fois. Celui dont je vous ai parlé en dernier lieu n'est parvenu à guérison qu'après deux opérations. Enfin, celui dont je vous ai retracé l'histoire au début de cette série, cet homme auquel M. Segond a réséqué une partie de l'os coxal, reste avec des lésions qui nous obligeront sûrement à l'opérer de nouveau d'ici peu de temps. Et ces récidives locales sont survenues en dépit de toutes les précautions prises pour ne rien laisser des tissus malades ou simplement suspects! Mais, comme je vous le disais tout à l'heure, il y a des lésions latentes que nous ne pouvons deviner, et que, par suite, nous laissons subsister : le terrain est ensemencé, mais aucune germination ne se montre, qui puisse nous y déceler la présence de la graine invisible.

Ce n'est pas tout : je vois encore dans le service d'autres malades du même genre.

Vous pouvez observer actuellement, toujours à la salle des hommes, au lit nº 3, un autre exemple de ces récidives locales. C'est un homme de 19 ans, qui se présenta à nous avec une fistule suppurante de la partie supérieure de la fesse gauche. Son apparence solide, son parfait état général, et diverses particularités symptomatiques qu'il serait trop long de vous rappeler, me firent rejeter tout d'abord l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse, et, me souvenant d'un cas analogue que j'avais rencontré antérieurement, je pensai qu'il s'agissait peut-être d'un kyste congénital sous-fessier. Je fis donc une opération à double but, c'est-à-dire une opération qui devait me permettre, en premier lieu, de préciser le diagnostic, et ensuite, de traiter la lésion comme il conviendrait suivant ce que j'allais rencontrer. J'ouvris largement, j'explorai l'épaisseur du grand fessier, et je tombai, non sur un kyste, mais sur un abcès froid tuberculeux du tissu cellulaire sous-cutané avec diverticules pénétrant dans l'épaisseur du muscle. Je le curai, le grattai, le détruisis aussi complètement que possible, il y a de cela trois mois. Or, depuis cette époque, bien loin d'avoir obtenu la guérison que j'espérais, j'ai dû, pour cause de récidives locales, agir de nouveau à plusieurs reprises, refaire des débridements, des grattages, des cautérisations au thermo-cautère, et ces jours-ci je vais être obligé de pratiquer encore une cautérisation énergique (1).

J'aurai à recourir au même mode de traitement pour une petite malade de la salle des femmes, dont voici l'histoire sommaire. Elle entre dans le service pour un abcès froid de la partie supérieure du thorax et de la partie inférieure du cou. Je traite cet abcès par le grattage et la cautérisation. Quelque temps après, se croyant guérie, la malade quitte l'hôpital. Son illusion fut de brève durée, car elle rentrait 10 jours plus tard, avec un autre abcès au niveau du sternum et un bourrelet tuberculeux autour de ses plaies... Mais je n'insiste pas davantage sur ce fait de tuberculose locale et de tuberculose à foyers multiples, parce qu'il est sur la limite des cas où il y a lieu d'agir chirurgicalement. Je ferai ici du traitement général surtout; quant au traitement chirurgical, je me bornerai à la cautérisation.

Nous avons donc sous les yeux, dans notre seul service, six cas de récidive locale provenant des causes que je vous indiquais tout à l'heure : opérations restées incomplètes en dépit des soins apportés à la destruction

(1) Depuis cette époque, la cure a fait de rapides progrès, et le malade nous a quittés guéri, dans les derniers jours de mai.

de toutes les parties malades ou seulement suspectes; semis tuberculeux inoculant les plaies opératoires; ou bien enfin, intoxication générale se manifestant par une poussée tuberculeuse sur les tissus, jusque-là sains, que l'acte opératoire est venu irriter et enflammer.

Passons maintenant à l'examen d'un autre ordre d'accidents. Je vous ai parlé, en commençant, de ces poussées qui se font parfois, à la suite des opérations, sur d'autres points que l'organe primitivement envahi, ou qui ont pour résultat le développement d'une tuberculose généralisée. C'est là, Messieurs, je vous l'ai dit, une cause assez fréquente d'insuccès. Je vais vous donner le type des cas dont il s'agit, en vous rapportant la courte histoire de deux de nos malades.

Un homme de 32 ans entre dans le service, pendant les vacances, pour une affection tuberculeuse bien caractérisée du testicule gauche. Bien que toussant depuis douze ans, il ne présente pas de phénomènes pulmonaires graves. M. Segond lui fait la castration, le 10 octobre 1885. Tout va bien d'abord, à cela près pourtant que la réunion primitive échoue. Mais le temps passe, et la cicatrisation n'avance pas, malgré la belle apparence que conserve la plaie. Puis peu à peu le malade s'affaiblit, ses lésions pulmonaires s'aggravent rapidement, et il succombe le 13 mars 1886, cinq mois après l'opération. A l'autopsie, on trouve non seulement des altérations tuberculeuses étendues dans les poumons, mais des tubercules dans les reins, dans la rate, dans le testicule droit, des ulcérations également tuberculeuses dans la vessie, et enfin des ganglions en dégénérescence caséeuse dans toutes les régions du corps.

Messieurs, quand je vous parlais, il y a quelques instants, des surprises de la clinique, je pensais aussi au lamentable cas suivant, que j'ai observé dans cet hôpital au commencement de cette année, et auquel j'ai fait déjà allusion précédemment. Un robuste terrassier de 58 ans était admis dans nos salles, le 17 décembre 1885, pour une carie du grand trochanter gauche, dont il faisait remonter le début à une date fort éloignée : 32 ans! Son état général était parfait; nous ne constations chez lui aucun symptôme pulmonaire. En discutant le diagnostic, je disais : « Voilà un homme qui, avec tous les attributs d'une bonne constitution, porte une maladie osseuse depuis 32 ans; de par la durée, c'est donc de l'ostéo-myélite prolongée, et d'un autre côté, si ce n'en est pas, si c'est de la tuberculose, il m'est bien difficile de comprendre l'existence d'une lésion tuberculeuse aussi ancienne, sans retentissement sur aucun organe. » Néanmoins les signes locaux étant ceux de la carie tuberculeuse, j'adoptai ce diagnostic. J'opérai ce malade par évidement, et je constatai que, conformément à mon attente, le diagnostic de carie tuberculeuse était le vrai. La réunion primitive manqua; il survint de la suppuration profonde; puis, presque aussitôt, nous constatâmes de l'affaiblissement, une émaciation sans rémission, en même temps que tous les signes d'une tuberculose pulmonaire à forme galopante. Bref, opéré le 20 janvier, le malade succombait le 24 février, et il avait suffi de 35 jours pour transformer ce vigoureux terrassier en un misérable tuberculeux complet, mourant avec des poumons farcis de granulations dans toute leur étendue.

Il me serait facile, Messieurs, de multiplier les exemples de ces désastres chirurgicaux, pour peu que j'aie voulu en emprunter à nos revues et à nos journaux; mais je tiens à ne vous citer que des cas observés dans le service, des cas que vous avez été à même de suivre en fréquentant nos salles. Le premier de ces malades a succombé à une véritable généralisation, miné de tous côtés par les tubercules; le second est mort d'une poussée pulmonaire; chez d'autres, c'est une méningite, une péritonite tuberculeuse qui, à une époque plus ou moins voisine de l'opération, éclate à l'improviste, évolue plus ou moins vite, et emporte le malheureux opéré.

C'est sur des cas de ce genre que M. le professeur Verneuil a insisté, et que nous avons discuté à la Société de Chirurgie; mais mon éminent collègue en a, je trouve, beaucoup exagéré la fréquence et la dangereuse éventualité. Ces faits doivent être connus, sans doute, mais ils ne sont pas assez fréquents pour nous arrêter la main, et la crainte d'un désastre possible ne doit pas nous faire refuser à un tuberculeux opérable le bénéfice d'une intervention chirurgicale qui lui offre, d'autre part, d'assez nombreuses chances de guérison complète ou de sérieuse amélioration dans son état. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE INTERNE

Leçons sur le charbon;

Par M. I. STRAUS, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

SIXIÈME LEÇON (*Suite*) (1).

Morphologie et biologie du bacillus anthracis.

C. *Spores du bacillus anthracis.* La formation des spores débute par l'apparition d'une granulation très petite dans l'intérieur du protoplasma de la cellule végétative. Graduellement cette granulation augmente de volume et apparaît bientôt comme un corps allongé, ovoïde, fortement réfringent qui atteint son complet développement au bout de quelques heures et représente

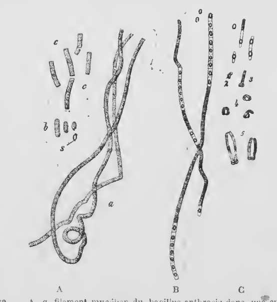


Fig. 52. — A. *a*, filament mycélien du bacillus anthracis dans une culture récente. — *s*, spore libre. — *b*. spore en voie de germination. — *c*, bacilles adultes. B. Filament mycélien du bacillus anthracis dans une culture plus âgée; une portion des filaments renferme des spores; en haut deux spores libres. C. Bacillus subtilis.—1, Fragment de filament renfermant des spores. 2, Début de la germination de la spore. 3, le bacille naissant émerge perpendiculairement au grand axe de la spore. 4, Les deux extrémités du bacille naissant restent engagées dans l'ouverture de l'enveloppe, d'où un aspect en fer-à-cheval; bientôt une des extrémités se dégage. 5, Les deux extrémités restent engagées pendant que l'anse émergée continue à se développer en forme de fer à cheval. (D'après M. de Bary.)

alors la spore parfaite (*fig.* 52 B). Cette spore est toujours plus petite que la cellule-mère. Autour d'elle le proto-

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, nos 1, 4, 6, 12, 13, 15 et 25.

plasma de la cellule disparaît graduellement et il arrive un moment où il ne reste plus que la membrane mince de la cellule-mère, dans l'intérieur transparent de laquelle la spore apparaît comme suspendue. Une cellule-mère ne donne jamais naissance, dans son intérieur, à plus d'une seule spore.

Toutes les cellules végétatives du filament ne donnent pas naissance à des spores, et celles-ci n'apparaissent pas simultanément dans les différentes cellules du filament. Un certain nombre de segments demeurent stériles, leur protoplasma subit une désintégration graduelle, la membrane d'enveloppe seule continuant à persister pendant quelque temps, comme une gaine vide. D'autres fois, dans des cultures un peu anciennes, on voit un certain nombre de segments du filament se gonfler, sous forme de renflements globulaires, ou fusiformes, ou irrégulièrement arrondis, donnant au filament l'aspect d'un chapelet à grains, ou d'une *torula*. Les botanistes s'accordent généralement à regarder ces formes comme l'indice d'un état de régression et de mort des cellules végétatives; ce seraient des formes *d'involution*. Il y a longtemps que M. Pasteur a signalé la présence de ces images, en forme de fuseaux ou de poires, ou de boules dans les cultures un peu anciennes, surtout lorsque les conditions ne sont pas très favorables, comme cela se présente par exemple dans les cultures faites à de basses températures (16 à 18°); mais pour lui, ainsi que pour M. de Bary, il n'est pas prouvé qu'elles témoignent de la mort ni de la perte de virulence de ces éléments.

On a beaucoup discuté sur les causes qui font qu'à un moment donné la bactéridie cesse de s'accroître par allongement filamenteux et division successive et affecte un autre mode de reproduction, celui de germes durables ou spores. L'opinion la plus généralement acceptée est celle qui attribue l'apparition des spores dans le filament à un commencement d'appauvrissement, d'épuisement du milieu nutritif dans lequel ces filaments végètent. Mais les spores apparaissent dans les cultures longtemps avant que cet épuisement ne se soit effectué, ce dont on peut s'assurer en y faisant de nouveaux ensemencements du même organisme qui se montreront féconds et affecteront le développement filamenteux, puis sporulaire, comme le premier ensemencement. Il faut reconnaître que la vraie cause du phénomène nous échappe encore.

Les spores une fois formées et « mûres », si le milieu nutritif n'est pas épuisé, si l'oxygène ne fait pas défaut et si la température est favorable, on assiste à un nouvel acte qui aboutit à la transformation de la spore en une nouvelle cellule végétative, en un nouveau bacille. C'est la *germination*. Elle est précédée de la disparition de la membrane de la cellule-mère et par la mise en liberté complète des spores.

Nous avons vu (leçon V) comment M. Koch a décrit le phénomène de la germination. Pour lui, la spore brillante est entourée d'une masse transparente comme du verre qui serait proprement le protoplasma, la portion centrale, réfringente de la spore n'étant au contraire qu'une gouttelette huileuse, une sorte de réserve alimentaire. L'enveloppe protoplasmique s'étirerait dans le sens du grand axe de la spore, de pyriforme deviendrait cylindrique et finalement arriverait à la forme de bâtonnet, pendant que la portion brillante demeurée à l'un des pôles disparaîtrait graduellement.

Il faut renoncer à cette description. Déjà M. Klein avait objecté que si l'enveloppe extérieure de la spore était de nature protoplasmique, on s'expliquerait difficilement le pouvoir de résistance de la spore à l'élévation de température, par exemple; ce fait, entre autres, tendrait plutôt à faire supposer que la partie vivante du germe est centrale et protégée extérieurement par une enveloppe. Les recherches de Prazmowski et de Brefeld ont montré qu'il en est, en effet, ainsi et que la portion centrale, réfringente de la spore, est bien le protoplasma, entouré d'une membrane très fine, mais résistante. Ce que M. Koch décrivait comme un manteau extérieur de protoplasma ne serait autre chose qu'une couche gélatineuse, qui, loin de s'accroître et de s'allonger lors de la germination, disparaîtrait à ce moment.

En réalité, la germination s'effectue de la façon suivante : la spore augmente de volume et perd de sa réfringence ; puis, à l'un des pôles du grand axe, apparaît une intumescence qui indique l'émergence du bacille naissant. La membrane d'enveloppe de la spore subit à ce niveau une déchirure ou une déhiscence par où le protoplasma fait issue. Cette déchirure, qui est très nette sur un certain nombre d'autres bacilles, n'est pas visible, selon M. de Bary, sur la spore du bacillus anthracis dont la germination s'effectue sans éclatement apparent ni soulèvement de la membrane d'enveloppe. Il est probable que celle-ci subit, dès le début de la germination, une résorption ou une dissolution rapide, d'où l'impossibilité d'en apercevoir ni la rupture ni même les vestiges. Le protoplasma mis en liberté continue sa croissance, s'allonge et prend finalement la forme d'un bacille (1).

D'après v. Frisch et Prazmowski, ces bacilles naissants seraient souvent animés d'un mouvement actif, mais lourd et peu accusé. M. Toussaint a fait la même constatation : « les bactéridies, dit-il, provenant de spores possèdent, lorsqu'elles commencent à paraître, de légers mouvements par lesquels elles peuvent changer leurs rapports, mais de très peu; lorsqu'on examine un groupe de trois ou quatre spores rassemblées à petite distance, on les voit s'écarter ou se rapprocher les unes des autres par des mouvements lents d'oscillation et dans des liquides tout à fait immobiles. Les mouvements cessent complètement aussitôt que la bactéridie a acquis assez de longueur pour se segmenter (2).

Cette étude morphologique du bacillus anthracis gagne à être complétée par quelques notions sur la morphologie du *bacillus subtilis* qui offre avec lui tant d'analogies apparentes. Le parallèle est instructif, non seulement pour éviter une confusion qui sans cela serait facile, mais encore pour juger plus tard en complète connaissance de cause les faits avancés par M. Buchner, d'après lequel ces deux bacilles ne seraient que deux états différents d'adaptation d'un seul et même organisme.

Le bacillus subtilis est un peu plus grêle que le bacille du charbon ; il est *mobile ;* ses extrémités, au lieu d'être coupées à section nette, sont un peu arrondies ; enfin il est armé à ses deux extrémités d'un *flagellum* ou cil extrêmement fin, mais qui n'est pas dû à une illusion d'optique puisqu'il se retrouve sur les photogrammes. Les spores contenues dans le filament sporigère *débordent* un peu la membrane de la cellule-mère (*fig.* 52, c), étant plus larges qu'elle, tandis que les

(1) Consulter à ce sujet : De Bary : *Vorlesungen über Bacterien*, 1885, p. 16 ; et Hueppe : *Die Formen der Bacterien*, Wiesbaden, 1886, p. 135-138.

(2) Toussaint. *Recherches sur la maladie charbonneuse*, 1879, p. 53.

spores du bacillus anthracis y sont nettement inscrites (*fig.* 52, B). Enfin, les deux bacilles présentent une différence fondamentale quant au mode de germination de la spore. Nous avons vu que, pour le bacillus anthracis, le développement se fait dans le sens du grand axe de la spore (*fig.* 52, A, *b*); pour le bacillus subtilis, il se fait au contraire dans le sens équatorial. Le filament protoplasmique s'échappe par une ouverture de la membrane siégeant à l'extrémité du petit axe de la spore ; la figure C représente les différentes façons dont peut s'effectuer ce mode de dégagement du jeune bacille d'avec l'enveloppe de la spore. Le plus souvent, il émerge librement, dans une direction franchement perpendiculaire au grand axe de la spore (*fig.* 52, C, 3); d'autres fois, il est retenu dans la fente de l'enveloppe par ses deux extrémités et la portion moyenne du bacille s'échappe de l'ouverture en présentant une forme d'anse ou de fer à cheval (*fig.* 52, C, 4). Dans ces cas, tantôt une des extrémités finit par se dégager ; d'autres fois, les deux extrémités demeurent fixées dans la fente de la membrane, le bacille continuant à croître avec sa forme en fer à cheval et arrivant même à se diviser ainsi en deux bacilles (*fig.* 52, C, 5). On voit donc, qu'au point de vue de la germination surtout, il existe, malgré leurs analogies apparentes, entre le bacillus anthracis et le bacillus subtilis, des différences profondes.

Biologie du bacillus anthracis. — Les notions qui précèdent doivent être complétées par l'exposé succinct de ce que nous savons d'essentiel sur les conditions de vie et de développement du bacillus anthracis et sur les différences profondes qui existent, à cet égard, entre la forme adulte, végétative du microbe, et sa forme sporulaire ou de fructification : c'est sur ces notions que repose l'étiologie exacte du charbon.

Le bacillus anthracis a ce point de commun avec tous les schizomycètes et, d'une façon plus générale, avec tous les végétaux privés de chlorophylle, qu'il ne possède pas le pouvoir qu'ont les cellules chlorophylliennes de puiser directement dans l'acide carbonique de l'air ou du sol les éléments nécessaires à leur nutrition. Ainsi qu'aux animaux et aux champignons, il lui faut, pour vivre et se développer, des matériaux organiques tout préparés, des combinaisons hydrocarbonées et azotées. Ces matériaux, la bactéridie les trouve dans les humeurs ou les tissus des animaux sur lesquels elle vit en parasite, ou bien quand elle se développe en dehors de l'organisme animal, elle les puise dans les produits morts d'origine animale ou végétale (sang, urine, débris de tissus animaux ou végétaux morts).

La réaction chimique de ces matériaux nutritifs n'est pas indifférente : la bactéridie vit et végète surtout dans les milieux neutres ou faiblement alcalins, elle vit péniblement ou périt dans les milieux acides.

Un certain degré d'humidité du milieu ambiant est également nécessaire à la vie de la bactéridie ; elle périt en peu de temps, ainsi que l'a montré M. Koch, si on la soumet à une dessiccation rapide.

Une autre condition indispensable à la vie de la bactéridie adulte est la présence d'oxygène libre ou faiblement lié, comme dans le sang des animaux); en un mot, c'est un type d'organisme *aerobie*. M. Koch a montré que cultivée dans le sang, elle réduit complètement l'hémoglobine et que son développement cesse dès que la réduction est complète. D'après M. Pasteur, elle absorbe dans les liquides de culture jusqu'aux dernières portions d'oxygène et dégagent un volume d'acide carbonique sensiblement supérieur.

La soustraction d'oxygène, pour peu qu'elle se prolonge, empêche non seulement la croissance et la multiplication, mais encore la vie de la bactéridie ; c'est ce que prouve l'expérience déjà ancienne de Davaine, qui constata que du sang charbonneux, renfermé dans un tube de verre scellé, perd toute virulence au bout de quelques jours. C'est pour cette raison aussi que le sang recueilli dans le cadavre *intact* d'un animal charbonneux, plusieurs jours après la mort, n'est plus virulent et ne contient que des bactéridies en voie de désintégration granuleuse ; elles sont mortes après avoir épuisé toute la réserve d'oxygène du sang.

Les choses se passent tout autrement pour *la spore*, arrivée à maturation. Comme toutes les graines, elle renferme dans son intérieur les aliments nécessaires à sa vie latente de germe et elle peut subsister pendant des mois et des années dans des milieux entièrement privés de matériaux nutritifs, à la surface des objets, dans le sable, dans l'eau, etc. Elle résiste de même à la soustraction de liquides, à la dessication et à l'absence d'oxygène. On peut donc dire que, dans la spore, la nutrition ainsi que la respiration sont, pour ainsi dire, suspendues. Ainsi s'explique « le long sommeil du germe morbide » et dans certaines circonstances sa résistance aux causes en apparence les plus destructives (1).

L'influence de la température est importante à connaitre et différente aussi selon qu'elle s'exerce sur la bactéridie ou sur ses spores. Nous avons vu plus haut (leçon V) que, d'après M. Koch, la température la plus favorable à la végétation des filaments et à l'apparition des spores est d'environ 35° : déjà au bout de 20 heures les spores sont nombreuses et complètement formées ; à 30°, il faut 30 heures ; à 18 ou 20, il leur faut deux à trois jours. A une température inférieure à 18° la formation des spores cesse ; au-dessous de 12° le développement filamenteux s'arrête également. A 45° toute végétation filamenteuse cesse ; à 42 ou 43°, dans le bouillon neutre de poule, la bactéridie se cultive encore abondamment, mais sans formation de spores (Pasteur). Nous verrons plus tard comment cette dernière particularité a été utilisée pour l'atténuation du virus charbonneux.

L'action d'une température de 50° et au delà sur des liquides contenant des bactéridies adultes amène promptement leur mort. Davaine, déjà, avait montré que du sang charbonneux fortement dilué avec de l'eau perd sa virulence s'il est soumis à une température de 55° pendant 5 minutes, à une température de 48° pen-

(1) M. Duclaux a eu occasion d'étudier les spores de divers microbes ayant servi en 1859 et 1860 aux célèbres recherches de M. Pasteur sur la génération spontanée, et conservées dans leur liquide de culture, en vase clos, par conséquent presque entièrement soustraites à l'air, depuis cette époque. « J'en ai trouvé de vivantes dit-il, après un quart de siècle, et dont le rajeunissement n'était pas plus long que si elles dataient de la veille. Rien ne fait supposer qu'elles aient été atteintes en quoi que ce soit par ce long emprisonnement, et il semble qu'on devra les trouver encore, après un nouveau quart de siècle, ce qu'elles sont aujourd'hui (Le *microbe et la maladie*, Paris 1886, p. 32). M. Duclaux, il est vrai, ajoute que ce mode de conservation des spores, dans un liquide à l'abri de l'air, est rare dans la nature, où la spore est surtout exposée à se dessécher et à être emportée par le vent. Dans ces conditions, il est douteux qu'il puisse rester une spore vivante après 20 ans. « J'ai opéré, dit-il, sur des bourres de coton ayant cet âge, chargées de millions de germes puisés dans l'air depuis 20 ans. Tous ces germes, conservés depuis à la lumière diffuse, dans les conditions de la poussière de nos appartements, se sont montrés stériles ». Mais il n'est pas nécessaire d'une persistance de vie aussi extrême pour justifier la qualification de forme durable (Dauerspore) appliquée à la spore.

dant un quart d'heure et à une température de 50° pendant 10 minutes. Du sang charbonneux non dilué perd sa virulence par une température de 51° pendant un quart d'heure (1). M. Toussaint et M. Chauveau ont étudié avec une grande précision l'action du « chauffage » sur la vie, la végétabilité et la virulence de la bactéridie et nous y reviendrons quand nous parlerons de l'atténuation.

La bactéridie résiste beaucoup mieux à l'abaissement qu'à l'élévation de la température. C'est ainsi que M. v. Frisch a soumis, pendant près d'une heure, du sang charbonneux à une température de — 110° obtenue à l'aide de l'acide carbonique liquide, sans lui voir perdre sa virulence ni la faculté de se cultiver dans les milieux appropriés (2).

MM. Pasteur et Joubert ont bien mis en lumière la différence de résistance de la bactéridie aux diverses causes de destruction, suivant qu'on la considère dans sa forme bacillaire ou dans celle de « corpuscule-germes » ou de spores. Ils ont montré que, tandis qu'une température bien inférieure à 100° suffit pour tuer la bactéridie, les spores résistent à la température de l'eau bouillante ; desséchées, elles supportent des températures de 120 à 130° (3).

D'après M. Brefeld il faut une ébullition de 2 heures de durée pour détruire toutes les spores d'un liquide de culture ; placées dans ce liquide à une température de 105° elles y résistent pendant près d'un quart d'heure ; à 107° elles meurent au bout de 10 minutes. M. Perroncito a fait des constatations analogues (4).

Si l'on fait agir, à l'exemple de MM. Pasteur et Joubert, de l'alcool absolu sur du sang charbonneux (contenant des bacilles sans spores) on constate que les bactéridies contenues dans le coagulum ont perdu toute virulence et sont mortes. La même opération, appliquée aux spores, conserve à celles-ci leur aspect, leur virulence et leur faculté de développement dans les liquides nutritifs. De même, M. Brefeld a pu conserver les spores du bacillus anthracis dans l'éther pendant des semaines et les faire bouillir dans ce liquide sans qu'elles subissent de modification.

L'influence de la *lumière solaire* sur la bactéridie et ses spores a été récemment l'objet de fort intéressantes recherches de M. Arloing. M. Duclaux, l'un des premiers, avait appelé l'attention sur le rôle du soleil comme agent destructeur des microbes et de leurs germes ; il montra que cette action est différente selon qu'elle s'exerce sur les micrococcus (dont la plupart, sinon tous, sont privés de spores) ou sur les bacilles sporifères. Les micrococcus exposés, à l'*état sec*, au soleil de nos contrées, sont tués au bout de quelques heures ou de quelques jours au plus ; les bacilles sporifères peuvent résister à cette action pendant six semaines à deux mois.

M. Arloing a fait des recherches analogues sur le bacillus anthracis ; il étudia l'action exercée par le soleil sur cet organisme, non pas à l'état sec, mais immergé dans un bouillon de culture. Il constata que dans ces conditions les bacilles adultes périssent plus rapidement qu'à l'état sec et qu'ils périssent au bout de 25 à 30 heures d'insolation. Chose remarquable et en apparence tout à fait paradoxale, les spores fraîchement ensemencées dans un bouillon nutritif sont plus rapidement détruites par les rayons solaires que les bacilles adultes ; deux heures d'exposition au soleil de juillet suffit pour les tuer. M. Arloing pense que cette action du soleil s'exerce sur la spore elle-même ; dans ce cas, le phénomène serait tout à fait exceptionnel et la spore de la bactéridie présenterait cette particularité étrange de résister bien plus énergiquement que la bactéridie adulte à tous les agents cosmiques, sauf un : la lumière solaire. L'expérience si intéressante de M. Arloing peut s'interpréter autrement ; il est possible que les rayons solaires agissent dans ce cas sur la spore en voie de germination, sur le bacille naissant, que l'on peut supposer plus fragile et plus vulnérable que la bactéridie adulte. De nouvelles recherches éclairciront sans doute ce point curieux de la physiologie du bacillus anthracis (1). M. Arloing s'est assuré en outre que cette action destructive n'est pas due exclusivement aux rayons calorifiques ni aux rayons actiniques, non plus qu'à quelques-uns seulement des rayons colorés du spectre solaire ; elle est l'apanage de la lumière solaire blanche, complète. (*A suivre.*)

(1) Davaine. *Recherches relatives à l'action de la chaleur sur le virus charbonneux* (*C. R. de l'Académie des sciences*, 1873, t. LXXVII, p. 726).

(2) Frisch (A). *Ueber das Verhalten der Milzbrandbacillen gegen extrême niedere Temperaturen* (Sitzungsb. der k. Akad. der Wissensch. 1879, Bd. 80, p. 79).

(3) Pasteur et Joubert. *Étude sur la maladie charbonneuse* (*C. R. Acad. des sciences*, 1877, t. LXXXIV, p. 900); *Charbon et septicémie* (Ibid. t. LXXXV, p. 101).

(4) Perroncito. *Sur la ténacité de vie du virus charbonneux dans ses formes de corpuscules-germes et de bacillus* (*Arch. italiennes de Biol.*, t. II, p. 231 et t. III, p. 321).

(1) Duclaux. *Influence de la lumière du soleil sur la vitalité des germes* (*C. R. Acad. des sciences*, 1885, janv., n° 2, p. 119). — Arloing. *Influence de la lumière blanche et de ses rayons constituants sur le développement et les propriétés du bacillus anthracis* (*Arch. de physiol.*, 1886, p. 209.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le vaccin de la rage.

Mardi dernier, dans une salle de l'exposition d'hygiène trop petite pour le nombre des auditeurs, M. Grancher a fait une conférence sur le vaccin de la rage. Les faits qu'il a présentés avec une lucidité, une éloquence qui l'ont fait interrompre plusieurs fois par les applaudissements, sont extrêmement remarquables. Après un exposé si lumineux et si franc, que reste-t-il des calomnies anonymes ou des insinuations de quelques envieux, fussent-elles de source moldave et médicale, comme l'a dit M. Grancher ?

Le brillant professeur a divisé sa conférence en trois parties. L'historique qui commence en 1881 par cette maladie que M. Pasteur a donnée au lapin avec la salive d'un enfant mort de la rage dans le service de M. Lannelongue et qui se termine par la statistique présentée aujourd'hui. Dans cet exposé qui suivait pas à pas les communications faites à l'Institut par M. Pasteur, M. Grancher a su montrer avec une vérité saisissante la voie pénible de l'expérimentation que suivait le Maître et ses deux collaborateurs dévoués Roux et Chamberland. L'idée qu'il poursuivait et qui a atteint une réalisation étonnante, c'était la vaccination anti-rabique comme le porte en texte formel la fameuse note de 1881 où il s'agissait cependant d'une autre maladie que la rage produite par la salive d'un enfant mort enragé.

La seconde partie de la conférence a présenté la statistique des personnes mordues et vaccinées au laboratoire de la rue d'Ulm. Dans des tableaux sont inscrites trois catégories de malades dont le total s'élève à 1.335

(16 juin 1886). Pour constituer sa statistique et avec la préoccupation d'éviter tout ce qui pourrait fournir un prétexte aux allégations justes ou injustes, M. Grancher n'a pas compris les personnes mordues depuis le 22 avril 1886, car la période d'incubation des accidents rabiques peut souvent atteindre deux mois. Je dois dire toutefois qu'un seul des malades des deux derniers mois fait partie de la statistique ; en bonne justice, on pouvait ne pas l'y comprendre et il n'y a pas été introduit pour améliorer une proportion, car il est mort de la rage.

Donc, en s'arrêtant au 22 avril 1886, M. Grancher a fait établir trois tableaux : 1° La rage de l'animal a été certifiée par le résultat de l'inoculation du bulbe ou encore par le développement de la rage chez des personnes ou animaux mordus en même temps. La rage ici a une preuve absolue, expérimentale. Dans ce tableau sont 96 sujets qui ont donné 1 mort, soit 1,04 0/0. 2° La rage de l'animal a été démontrée par des preuves cliniques : les autopsies des vétérinaires, les symptômes, la vie durant, enfin les autopsies et les symptômes appuyés de certificats de vétérinaires. Ici 644 sujets et 3 morts, soit 0,46 0/0. Ensemble, ces deux catégories donnent une mortalité de 0,75 0/0. 3° La rage de l'animal n'a pu être démontrée par ce qu'il a fui. Ici 232 cas dont on ne tient pas compte dans la statistique. Il faut remarquer cependant que ces cas dits suspects et que l'on ne compte pas sont dans l'immense majorité des cas dans lesquels la rage de l'animal était certaine, bien qu'elle n'ait été accompagnée ni de certificat, ni d'autopsie ; tellement certaine que dans ce tableau se trouve le nom de la petite Pelletier venue au 39e jour de sa morsure et morte de la rage. Ici encore cette mort qu'on aurait le droit de distraire de la statistique y a été placée par exception. On voit que toutes les précautions qui devaient être défavorables à la statistique ont été prises.

Comparons à ces chiffres ceux de la statistique très sévère de M. Leblanc, membre de l'Académie de médecine et vétérinaire de la Ville de Paris, on constate 16 *morts pour* 100 *individus mordus et non vaccinés*. Dans la statistique de M. Grancher sont compris tous les malades, mordus à la tête et aux mains ; on a vu la mortalité moyenne. Que reste-t-il à penser quand on compare ce chiffre à celui qu'a obtenu M. Brouardel en compulsant les comptes rendus des conseils d'hygiène de 1862 à 1872 et qui indique une mortalité de *quatre-vingt pour cent* pour les individus mordus aux parties découvertes ?

M. Pasteur a en outre vacciné 48 sujets mordus par des loups enragés, 7 sont morts, ce qui donne une mortalité de 14 0/0. Or, M. Brouardel a constaté que les individus non vaccinés présentaient une mortalité de 66,5 0/0.

Dans la 3e partie de sa conférence, M. Grancher a fait avec une éloquence communicative la comparaison des effets des trois vaccins : variole, charbon, rage. Avant Jenner, sur 1000 individus atteints de variole, il en mourait 500. Aujourd'hui sur 1000 varioleux, il ne meurt que 23 vaccinés. La valeur du vaccin Jennerien peut être exprimée par le quotient de 500 par 23, soit 21,7. Pour le charbon, avant le vaccin de M. Pasteur, il mourait 120 animaux charbonneux pour 1000 ; maintenant, il meurt 5 vaccinés pour 1000. La valeur du vaccin du charbon est donc de 120 : 5 = 24. Pour la rage, avant la vaccination, on constatait 160 morts pour 1000 individus mordus par des chiens enragés.

Après la vaccination, la statistique rigoureuse donne jusqu'à présent 7 morts pour 1000 mordus et la valeur du vaccin peut être représentée par 160 : 7 = 22,85.

Dans la troisième partie de sa conférence, M. Grancher a étudié d'une manière très originale l'action probable et la physiologie pathologique des vaccinations. On a nié l'action du vaccin rabique parce qu'il ne rendait pas malade, mais cette idée bizarre aurait-elle dû être émise quand on constate souvent une vaccination tout aussi latente dans certaines maladies infectieuses ? La mère qui a engendré un enfant issu d'un père syphilitique ne peut-elle pas, elle seule, qui paraît indemne de syphilis, donner impunément le sein à son enfant infecté ? Colles n'a-t-il pas fixé cette observation dans une loi célèbre ?

La péroraison a soulevé d'unanimes applaudissements quand M. Grancher a parlé des sentiments d'affection et d'admiration que les découvertes de M. Pasteur faisaient naître dans le monde entier. A. CHANTEMESSE.

Musée municipal d'hygiène.

La question de la création d'un *Musée d'hygiène* a été discutée plusieurs fois dans ce journal depuis l'époque où, au nom des délégués du Conseil municipal au Congrès d'hygiène de Genève, nous avons proposé au Conseil de ne pas laisser disséminer tous les objets qui avaient figuré à l'Exposition de Genève, mais de les réunir dans un local et de créer ainsi un véritable musée (1).

Nous avons proposé comme local la chapelle non terminée de l'Hôtel-Dieu, en nous appuyant sur la situation de ce local dans un grand établissement consacré en partie à l'enseignement de la médecine, fréquenté par de nombreux étudiants, par des médecins de France et de l'étranger, en face de l'Assistance publique et de l'Hôtel-de-Ville, à proximité par conséquent des médecins et des administrateurs des hôpitaux, qui viennent souvent au chef-lieu de l'Assistance publique, à proximité des conseillers municipaux, des ingénieurs, des architectes, des membres de la Commission des logements insalubres, des instituteurs, etc. ; enfin, tout près de la Préfecture de police où siège le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Le Conseil municipal donna son approbation à ce projet et vota un crédit de 16.000 fr. pour une installation provisoire dans les dépendances *inoccupées* de la chapelle.

Nos amis et nous pensions trouver l'accueil le plus favorable auprès de l'Administration de l'Assistance publique. Notre attente fut déçue. M. Quentin, alors directeur, et M. Brelet, secrétaire général, hostile à toute idée de progrès, à toute proposition venant du

(1) Voir *Progrès médical*, 1882, p. 893, 935 ; 1883, p. 32, 385 1886, p. 220.

Conseil municipal, empêchèrent la réalisation de ce projet et, bien que, à diverses reprises, le vote du Conseil ait été rappelé à M. Peyron, rien n'a été fait jusqu'à ce jour.

Toutefois, l'idée a fait son chemin et l'Exposition d'hygiène urbaine, organisée par la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, a ramené sur elle l'attention de tous ceux qui s'occupent d'hygiène. C'est ainsi que notre ami, G. Robinet a été amené à soumettre au Conseil municipal la proposition suivante :

« Les soussignés, — Considérant le très grand intérêt présenté par l'Exposition d'hygiène urbaine installée à la caserne Lobau ; — considérant que le Conseil a émis, à plusieurs reprises, des vœux tendant à la création d'un Musée d'hygiène; considérant qu'un grand nombre d'exposants sont disposés à laisser leurs modèles à la Ville de Paris pour la formation de ce Musée, invitent l'Administration préfectorale : 1° A presenter d'urgence au Conseil, d'accord avec l'Assistance publique, un projet d'organisation de Musée municipal d'hygiène à installer dans l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre et dans le terrain avoisinant ; — 2° A faire déposer provisoirement, après une appropriation sommaire des batiments, lors de la clôture de l'exposition, les différents appareils et modèles dans les batiments de l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre. »

« *Signé* : Gabriel Robinet, Chassaing, Cottiaux, Paul Strauss, Chautemps, Emile Richard, Alfred Lamouroux, Vaillant, Piperand. »

Cette proposition a été renvoyée à l'Administration. Le but poursuivi par nos anciens collègues est le même que le nôtre. Nous aurions préféré qu'ils persistassent à demander le bâtiment de la chapelle au nouvel Hôtel-Dieu pour les raisons que nous avons énumérées. Mais il paraît que l'appropriation de ce bâtiment, qu'il faudra quand même faire un jour, car on ne peut laisser une ruine dans cet hôpital, entraînerait une dépense à laquelle la Ville est dans l'impossibilité de subvenir. Dans ces conditions, nous estimons que le Conseil municipal et l'Administration feront bien d'approuver d'urgence la proposition de M. Robinet. Il importe, à notre avis, que ce Musée ait essentiellement le caractère municipal et soit dans un local dont la Ville pourra disposer à titre soit de propriétaire, soit de locataire. Il convient aussi que l'espace soit suffisant pour qu'il soit possible de développer cette œuvre. Suivant nous, la Ville devra joindre au Musée un amphithéâtre de cours; elle devra instituer : 1° *un enseignement populaire de l'hygiène*, confié à 2 ou 3 professeurs nommés pour 4 ou 5 ans ; 2° *un enseignement supérieur*, sous forme de *conférences* faites à tour de rôle par les hygiénistes les plus distingués, qui seraient désignés chaque année et rémunérés par conférence ; 3° enfin il y aurait peut-être avantage à autoriser les inventeurs de projets ou d'appareils relatifs à l'hygiène à venir exposer leurs idées dans cet amphithéâtre.

Nous avons la conviction qu'en prenant les mesures nécessaires à la réalisation de ce programme, c'est-à-dire en créant un *Institut municipal d'hygiène*, le Conseil municipal et l'Administration auront accompli une œuvre qui fera honneur à la Ville de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Pr SEMMOLA (de Naples), bien connu des médecins français, vient d'être nommé *sénateur du royaume d'Italie* en récompense de ses nombreux et importants travaux. M. le Pr Semmola n'a que 58 ans, et il est rare en Italie de voir cette distinction accordée à un âge aussi peu avancé. Nous sommes heureux de constater qu'on n'oublie pas les savants, en Italie, et nous en félicitons vivement notre confrère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHEREAU.

M. GREGORESCU lit une note sur un cas d'*apoplexie de la rate* chez un chien qui avait subi la trépanation.

M. VASSAUX a recherché le microbe du chalazion. Dans six cas, il n'a pu réussir à le découvrir soit dans le pus, par les méthodes colorantes, soit en ensemençant avec un fragment de la petite tumeur des ballons ou des tubes de gélatine qui sont restés stériles.

M. Ch. RICHET rappelle les expériences qu'il a faites sur la cautérisation des lobes antérieurs du cerveau des lapins. Cherchant à interpréter l'élévation de température qui existe toujours en pareil cas, il croit à un excès de production sous l'influence de phénomènes inhibitoires agissant sur les vasomoteurs, car ce n'est pas la lésion locale que l'on peut incriminer dans la circonstance.

M. R. DUBOIS présente une nouvelle machine à anesthésier pouvant également servir à faire des mélanges titrés d'un gaz ou d'un liquide vaporisable. Le procédé de dosage adopté est différent du précédent; de même, certains détails de construction rendent l'appareil beaucoup plus pratique. On peut obtenir également des mélanges titrés très faibles d'air et de chloroforme utilisables dans la pratique des accouchements. Cette indication a perdu un peu de son importance depuis que l'emploi de la cocaïne, en applications locales sur les voies génitales pendant le travail, tend à se généraliser. Les bons résultats que l'auteur avait obtenus en collaboration avec M. Doléris ont été confirmés par M. Jeannel (de Montpellier). M. Dubois rappelle que, employée suivant sa méthode, la cocaïne ne retarde pas le travail et produit une analgésie presque complète. Il faut avoir soin de débarrasser par un lavage les parties du mucus qui les recouvre et de les badigeonner à plusieurs reprises avec un pinceau imbibé d'une solution à 4 0/0. Le prix de revient de la cocaïne est devenu abordable : il faut espérer qu'il diminue a encore s'il est vrai que M. Merck en ait fait la synthèse.

M. LABORDE trouve que les modifications que M. Dubois a fait subir à son appareil sont un peu hâtives ; on lui a imposé officieusement l'ancien ; que va-t-il faire désormais d'un appareil qui ne vaut plus rien puisqu'il en existe un meilleur ?

M. DUBOIS répond que le caractère d'indépendance bien connu de M. Laborde ne permettait pas de supposer qu'il s'était ainsi laissé imposer un appareil ; que le plus simple était de faire transformer son ancien ou d'en acheter un nouveau s'il le désirait ; qu'enfin, sans espérer des éloges, il croyait ne pas avoir mérité des reproches pour un perfectionnement qui, dans aucun cas, ne saurait être trop hâtif.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juin. — PRÉSIDENCE DE M. U. TRÉLAT.

M. LABOULBÈNE vient ajouter d'intéressantes observations à celles que M. Brouardel avait présentées dans la dernière séance au sujet de la momification des cadavres et des applications qui peuvent en résulter pour la médecine légale. Désormais, pour connaître l'époque exacte de la mort sur un cadavre, il faudra rechercher avec soin s'il n'existe pas des insectes existant ou ayant laissé leurs traces sur le cadavre. Les insectes nécrophiles des premiers moments laissent leurs dépouilles, soit à l'état de larves ou de nymphes; plus tard, les chairs et parties molles ayant disparu, les substances grasses sont attaquées par les dermestiens, les nécrobiens ; enfin quand le corps est momifié, arrivent les acariens, tyroglyphes et glyciphages. Quand le corps est desséché, les parties cornées qui existent seules sont attaquées alors par toute une série d'insectes dévastateurs (*attagènes, anthrènes, ptoriens*) qui détruisent les substances cornées azotées des corps momifiés. En résumé, pour

retirer de l'entomologie appliquée à la médecine légale, des notions sur l'époque de la mort, il faudra remonter géologiquement des insectes du temps présent à ceux qui les ont précédés et ont été contemporains de l'époque de la mort; mais il faudra aussi tenir compte des insectes voisins des restes du corps telles que les fourmis, comme l'a démontré l'expertise d'Elodie Ménestret, et aussi des plantes environnantes rongées par les acares.

M. JUNGFLEISCH donne lecture d'un rapport sur la communication de M. de Vry à propos du sulfate de quinine. M. de Vry avait en effet signalé la présence de la cinchonine dans la plupart des sulfates de quinine du commerce et proposait de substituer pour la pratique médicale le sulfate neutre au sulfate basique. M. Jungfleisch constate que le fait avancé par M. de Vry est vrai en grande partie et que cela tient à ce que les fabricants emploient dans la préparation du sulfate de quinine des quinquinas provenant de l'Inde et contenant une forte proportion de cinchonine. Mais d'un autre côté, les quantités de cinchonine sont impuissantes à créer un grave préjudice et notamment en France où, grâce à une surveillance attentive, le sulfate de quinine est plus pur que chez les nations voisines. Néanmoins, M. de Vry a rendu un réel service en appelant l'attention sur ce fait de la présence de la cinchonine dans le sulfate de quinine et en donnant une méthode d'analyse, qui, sans être à l'abri de tout reproche, donne des résultats très favorables.

M. BERGER présente un opéré chez lequel il a pratiqué la restauration du talon au moyen d'un large bandeau pris sur la jambe du côté opposé. Le lambeau taillé sur la jambe saine et laissé adhérent par un pédicule fut appliqué sur la perte de substance du talon jusqu'à adhérence complète. La greffe réussit complètement, et le talon est aujourd'hui parfaitement reconstitué; néanmoins la sensibilité n'existe pas dans le lambeau. A. DAMALIX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juin 1886.— PRÉSIDENCE DE M. LANNELONGUE.

M. TERRIER, à propos de la communication faite par M. Lannelongue d'un cas d'*ostéomyélite* observé sur un poulain, a fait quelques recherches desquelles il résulte qu'on n'a pas encore décrit chez les jeunes animaux une ostéomyélite semblable à celle de l'homme.

M. LANNELONGUE répond que M. Nocard lui a parlé d'une sorte de carie osseuse qu'on observe au pied des chevaux, et qui serait peut-être analogue à l'ostéomyélite.

Rétrécissement de l'aorte au-dessous de la gibbosité dans le mal de Pott. — M. LANNELONGUE montre des dessins du rétrécissement de l'aorte; il attribue à ce rétrécissement un rôle dans les parésies que présentent souvent les malades atteints de carie vertébrale.

Uréthrotomie interne. M. TERRIER est partisan absolu de l'uréthrotomie interne; il ajoute aux précautions antiseptiques rigoureuses l'usage de l'acide borique à l'intérieur sous forme de borate de soude à la dose de 15 grammes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une observation adressée par M. Lebec: *tumeur fibro-kystique de l'utérus développée dans le ligament large; laparotomie, guérison.*

M. PERIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Dubar: *fistule borgne interne du rectum, rectotomie linéaire, guérison.*

M. VERNEUIL rappelle que la rectotomie linéaire rend aussi de grands services dans les rétrécissements du rectum.

M. PÉRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Poncet: *Cancer du col utérin, traitement par la ligature élastique.*

Cure radicale des hydrocèles. M. RECLUS résume six observations personnelles d'hydrocèle traitées par l'incision; il vante l'incision antiseptique dans le cas d'hydrocèle congénitale, ou quand un sac herniaire volumineux est en contact avec l'hydrocèle, dans les hydrocèles anciennes avec vaginale épaissie, dans les hydrocèles multiloculaires, dans les hydrocèles récidivées ou compliquées de corps étrangers.

M. RICHELOT a traité par l'incision trois cas d'hydrocèle et a obtenu trois guérisons.

M. TILLAUX n'a pas essayé l'incision antiseptique, parce qu'il obtient d'excellents résultats par la ponction suivie d'injection iodée. Paul POIRIER.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 12 juin 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. ROUGON, à propos du rapport qu'il a lu dans la précédente séance, a recherché à quelle dose l'acide oxalique était toxique. Il rapporte des exemples prouvant que trois grammes de ce sel amènent des accidents mortels. Toutefois on paraît l'avoir employé avec succès dans l'étranglement herniaire pour faire cesser les vomissements: il serait donc intéressant de connaître au juste la quantité du sel qui peut être tolérée par l'organisme.

M. DALLY présente un appareil destiné au traitement des déformations de la colonne vertébrale. Suivant lui, les appareils jusque-là employés, et particulièrement le corset, sont défectueux, car ils prennent toujours leur point d'appui sur un os malade. Il remédie à ces inconvénients en employant un ressort de bandage appliqué d'une façon particulière suivant les cas: malheureusement, le prix de revient est assez élevé.

M. C. PAUL dit que l'appareil de M. Dally est identique à celui que Ferris a employé pour remédier à l'insuffisance de l'expiration chez les empysémateux. Son application est difficile et exige une grande habitude de la part de l'opérateur.

M. CRÉQUY a fait faire des flacons gradués afin de remédier aux inconvénients que présente l'administration par cuillerées des médicaments, car les cuillers tant à bouche qu'à café n'ont jamais la même contenance.

M. DUHOMME croit qu'une fois l'ordonnance faite, le médecin n'a qu'à recommander au malade de prendre en deux ou trois fois le contenu du flacon.

M. C. PAUL lit un mémoire de M. TROUSSEAU sur l'emploi de l'*iodol* (1) en thérapeutique oculaire. Ce corps représenté par une poudre grisâtre et qui renferme 85 0/0 d'iode, lui a donné les meilleurs résultats dans les blépharites rebelles et les conjonctivites ulcéreuses. Il prescrit la pommade suivante supérieure à celle au précipité jaune :

Vaseline. }
Iodol . . } ãã 10 grammes.

On peut encore employer la solution alcoolique avec addition de glycérine.

M. BÉDOIN a employé l'iode dans le traitement des conjonctivites et des blépharites chroniques. Il prescrit la solution au 100° et préfère les pulvérisations aux instillations qui, déterminant la sécrétion des larmes, entraînent trop rapidement le produit médicamenteux.

M. BOISMONT lit une note sur la composition chimique de l'iodol qui a été découvert en 1885, à Rome, dans le laboratoire de Cannizzaro. Il se prépare en distillant de la corne de cerf et est constitué par de l'iode et du pyrol. On peut extraire ce dernier corps par distillation de sels ammoniacaux. Il contient de 80 à 90 0/0 d'iode.

Séance du 26 mai 1886. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente la thèse de M. HIRSCHFELD:

(1) L'*iodol* ou *tétraiodopyrol* est employé comme antiseptique dans les cliniques chirurgicales d'Heidelberg. Il n'a pas d'odeur comme l'iodoforme, mais est moins soluble que cette dernière substance. En poudre, on l'emploie de la même façon que l'iodoforme: on l'a aussi utilisé en solution dans la glycerine et l'alcool. Son prix élevé ne devrait pas empêcher les chirurgiens français de l'expérmenter. (*N. de la R.*)

Contribution à l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques. Cet auteur conclut à la complète inefficacité de ce mode d'administration du fer.

M. P. VIGIER lit une lettre de M. BIGNON (de Lima) sur les divers modes de préparation de la cocaïne.

M. BOULOMIÉ présente un calcul hépatique pesant 20 grammes extrait des garde-robes d'une malade traitée par les eaux de Vittel. Comme l'ictère ne se montra que très tardivement, il est probable que ce calcul ne siégeait pas dans la vésicule.

M. C. PAUL croit, au contraire, que vu sa grosseur même, ce calcul devait être situé dans la vésicule. Mais il comprend plus difficilement comment a pu se faire la dilatation si considérable du canal cholédoque. Ne pourrait-on pas supposer qu'il s'est fait après adhérences une fistule faisant communiquer la vésicule avec l'intestin.

M. BOULOMIÉ répond qu'il n'a rien observé qui pût faire songer à cette hypothèse.

M. F. VIGIER a analysé récemment un calcul semblable à celui qui est présenté : il se composait essentiellement dans toutes ses couches de cholestérine, de pigment biliaire et de sels de chaux.

M. C. PAUL dit que les calculs nés dans la vésicule sont surtout constitués par de la cholestérine; chez les autres, le pigment biliaire domine.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ insiste sur ce fait que les calculs qui se forment dans la vésicule après son oblitération sont surtout composés de sels calcaires. Il faut admettre que, dans la circonstance, le canal cholédoque avait été dilaté progressivement par le passage d'autres calculs moins volumineux.

M. CADET DE GASSICOURT croit que la présence de l'ictère, même tardif, indique suffisamment que la perforation n'a pas dû exister.

M. E. LABBÉE demande à M. Boulomié quelle méthode il emploie dans le traitement de la colique hépatique.

M. BOULOMIÉ croit qu'il est utile de supprimer les douleurs pendant les huit ou dix derniers jours, car c'est le plus souvent du douzième au dix-huitième jour que sont expulsés les calculs. A partir du huitième jour, il convient de les modérer sans les atténuer complètement.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a combattu dans ses *Leçons* l'opinion de Sénac rejetant les injections de morphine. Cet auteur est du reste revenu à la pratique ordinaire. On emploiera avec fruit le mélange de la morphine et de l'atropine. M. Laborde a, d'ailleurs, montré que tout en calmant les douleurs, les injections de morphine n'arrêtaient pas les contractions des canaux biliaires.

M. C. PAUL fait cesser, dès le début, les douleurs par les piqûres: le calcul est ainsi le plus souvent expulsé dans les 48 heures.

M. BOULOMIÉ rapporte des faits justifiant la pratique de M. C. Paul.

M. BÉDOIN emploie avec succès les inhalations de chloroformo à dose légère dans les accès très douloureux.

M. E. LABBÉE donne également le chloral soit par la bouche, soit en lavements s'il survient des vomissements.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ n'est pas partisan de ce traitement : car les douleurs sont trop vives pour que le lavement ne soit pas expulsé avant que la substance médicamenteuse ait été absorbée.

M. C. PAUL dit qu'il est permis parfois de faire le diagnostic entre la colique hépatique et la colique néphrétique rien qu'en considérant l'attitude du malade: le néphrétique se promène, s'agite; l'hépatique, au contraire, se courbe sur lui-même, immobilisant ainsi la région douloureuse ; opinion que partage M. BOULOMIÉ.

M. CADET DE GASSICOURT pense également, contrairement à l'opinion de Sénac, qu'il est parfaitement inutile de respecter les douleurs. GILLES DE LA TOURETTE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT A VIENNE. — Un service médical de nuit calqué sur celui qui rend de si importants services à la population parisienne vient d'être organisé à Vienne (Autriche) par l'initiative de notre savant et philanthrope confrère, M. le Dr Baron MUNDY.

REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION

II. Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine ; par le Dr C. MAYGRIER. Paris 1886.

II. Au début de son travail, l'auteur passe en revue sans s'attarder à leur étude les diverses classifications de la grossesse extra-utérine. Très multipliées autrefois par la subtilité des anciens anatomo-pathologistes, ces divisions ont été simplifiées de nos jours, et M. Maygrier, se plaçant au point de vue pratique, ne veut envisager dans sa description que trois formes, deux fréquentes: abdominale et tubaire ; une exceptionnelle : ovarique.

Les terminaisons sont au nombre de deux, ou le kyste fœtal se rompt au cours de son développement, ou le fœtus succombe et demeure retenu dans l'abdomen, exposé ainsi que ses enveloppes adventitielles à la régression, aux transformations diverses, à la suppuration, etc. L'étude de la rupture vient en premier. Un tableau clinique concis et saisissant nous montre l'apparition et la marche de l'accident : les signes de la grossesse extra-utérine font défaut ou n'ont pu être constatés, quand tout à coup se produit un choc qui enlève brusquement la malade, ou bien la même issue fatale survient avec tous les phénomènes de l'hémorrhagie interne ou de la péritonite aiguë ; les accidents graves peuvent se succéder, s'étager, pour arriver avec des rémissions au même résultat.

Bien que rare, malgré le début effrayant de la complication, la guérison peut s'observer. Suivant le domicile anatomique du produit de conception, la fréquence des ruptures est variable ; pour l'indiquer par des moyennes, l'auteur a colligé les statistiques les plus sérieuses. La rupture, de règle pour la variété tubaire, (M. Maygrier cite quelques exceptions) survient d'habitude dans les trois premiers mois ; un peu plus tardive dans la variété dite tubo-ovarique, elle peut manquer dans la grossesse ovarique et d'ordinaire ne s'observe pas avec la forme abdominale.

Le fœtus mort et retenu dans l'abdomen, l'évolution clinique est toute différente et extrêmement variable. Dans le cas où le produit de conception cesse de vivre à l'état embryonnaire, l'existence de la grossesse extra-utérine et, partant, la rétention peuvent demeurer douteuses; ce n'est guère que lorsque des signes certains de grossesse ont pu être observés que le diagnostic peut s'affirmer. On constate successivement la vie du fœtus, les phénomènes du faux travail qui se produisent à terme, puis la mort du fœtus. Dès lors, ce dernier va rester silencieusement retenu dans l'abdomen, ou, au contraire, rappeler sa présence avec éclat par des phénomènes locaux et généraux. Qu'il s'agisse d'une grossesse des premiers mois, et on pourra voir la femme devenir aménorhéique, présenter une petite tumeur, ovoïde, élastique, augmentant de volume; surviendront des crises douloureuses, la caduque sera expulsée, puis tout rentrera dans l'ordre, la tumeur se rétractera et les règles reparaîtront. Si le produit de conception est plus volumineux au moment de la mort, il pourra se transformer en lithopédion ; tantôt il s'incrustera de sels calcaires, tantôt ce sera l'œuf qui lui formera une coque calcaire, tantôt fœtus et membranes seront convertis en un seul et même bloc ; le tout pourra séjourner indéfiniment dans l abdomen (obs. de M. Sappey, rétention de 56 ans). C'est là une terminaison heureuse : ainsi enkysté, le fœtus ne compte plus et à côté de ce corps étranger, utérus et ovaire peuvent retrouver la plénitude de leurs fonctions, de telle sorte que de nouvelles grossesses, normales et anormales, deviennent possibles. Mais le kyste peut subir, sans s'ouvrir, des modifications plus fâcheuses: le fœtus peut se putréfier à l'intérieur et la péritonite et la septicémie enlever la malade. Il est même des cas où le sac fœtal devient la source d'accidents mortels, à titre d'agent de compression et d'obstruction sur les voies d'excrétion qui traversent le petit bassin. Dans un autre modalité de terminaison, le kyste s'ouvre, après avoir contracté des adhérences, par péritonite locale, avec les organes circonvoisins ; on voit alors son contenu s'éliminer, tantôt par l'intestin, cas le plus fréquent, tantôt par la paroi abdominale, la vessie, l'utérus, le vagin. De toutes ces ouvertures, la plus favorable est celle qui s'opère à la paroi abdominale ; la plus redoutable, celle qui se fait dans le vagin ou l'intestin.

A la seconde partie de son travail, celle qui concerne le traitement, M. Maygrier a fort justement consacré la plus grande importance. Nous regrettons que le cadre restreint de ce compte rendu ne nous permette pas de suivre l'auteur dans les intéressants et complets développements qu'ils a consacrés à chacun des points du traitement. Il faut pendant la grossesse « avoir surtout pour but de prévenir l'apparition de complications du côté du kyste ; faire une médication appropriée aux symptômes ; soutenir les forces de la femme pour la mettre en état de résister aux accidents et la placer dans les meilleures conditions possibles en cas d'intervention. » Mais à côté de cette ligne de conduite si sagement tracée par l'auteur, viennent prendre place divers procédés de thérapeutique préventive. Les uns ont pour objectif la mort du fœtus et sa rétention dans le sein maternel ; d'autres, plus radicaux, suppriment le sac fœtal par l'extraction. Pour remplir le premier programme nombre de pratiques ont été mises en œuvre : les unes affaiblissent par l'inanition ou empoisonnent l'organisme maternel pour tuer le fœtus ; cette méthode est une arme à double tranchant et qui ne coupe pas toujours dans le sens désiré. Les autres attaquent directement la vie du fœtus : 1° par la compression du kyste, procédé inefficace et imprudent ; 2° par la ponction, procédé simple, aisé, mais dangereux de par l'hémorrhagie, la péritonite et la septicémie auxquelles il expose ; 3° par l'injection de substances toxiques dans le kyste ; sur six cas, six fois le fœtus est mort ; la guérison a été presque constante ; 4° par l'électricité, procédé dont l'idée première remonterait à P. Dubois, essayé en premier lieu en Italie et actuellement en grande faveur aux Etats-Unis ; on a renoncé à l'électro-puncture pour faire agir à distance sur le sac les courants galvanique ou faradique. L'extirpation du sac fœtal par la paroi abdominale ou par le vagin au début de la grossesse est préconisée en Allemagne et en Angleterre.

Avec la rupture du kyste, on doit abandonner les opérations de choix, pour en venir au traitement d'urgence. En présence des symptômes graves qui sont la manifestation de cet accident il faut, sans hésiter, ouvrir l'abdomen, enlever le corps du délit, faire la toilette du péritoine et l'hémostase. Cette méthode, conseillée depuis Velpeau, Kiwisch, etc., a été rigoureusement mise en œuvre par Lawson-Tait, qui, pour asseoir la valeur de la méthode met en ligne une statistique de 21 laparotomies, dont un seul cas de mort. Toutefois cette méthode est jeune encore, et malgré l'excellence de ces premiers résultats, l'auteur ne peut la préconiser que sous bénéfice du contrôle de l'expérience des autres chirurgiens. Le fœtus étant vivant et viable, doit-on en faire l'extirpation avant sa mort, ou attendre la période de rétention, pour prendre une décision ? Ces deux lignes de conduite si divergentes sont adoptées par des accoucheurs éminents ; entre les deux il est, à l'heure actuelle, malaisé de se prononcer ; toutefois, en présence des résultats souvent funestes que donne l'opération pendant la vie du fœtus, l'auteur penche vers la seconde. Mais dans le cas où on se décide à extraire l'enfant, il faut agir avant terme, c'est-à-dire avant le faux travail.

Dès que celui-ci se déclare, tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre à en juguler les effets nuisibles. Pendant la période qui suit immédiatement, il faut se contenter de faire une thérapeutique symptomatique. Si la santé de la femme se rétablit intégralement, l'expectation est indiquée. S'il survient des accidents du côté du kyste, la conduite devra varier suivant que celui-ci restera fermé, ou s'ouvrira au dehors. Dans le second cas on facilitera l'évacuation, en agrandissant au besoin les voies de sortie, si elles sont accessibles au doigt et au bistouri, et on luttera contre la septicémie par l'antisepsie la plus rigoureuse. Dans le cas où le kyste reste fermé, deux grands procédés d'intervention chirurgicale sont à la disposition de l'accoucheur ; la gastrotomie et l'élytrotomie. Près du tiers de la totalité du travail de M. Maygrier est consacré à l'examen critique de ces deux méthodes ; à leurs indications et contre-indications respectives, à l'exposé de leur manuel opératoire. Le lecteur trouvera là un exposé aussi complet qu'attrayant par sa précision et sa clarté et qui lui permettra de se mettre au courant des progrès les plus récents de la chirurgie abdominale, dans deux de ses interventions les plus délicates.

E. B.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose.

Les travaux de M. le professeur Verneuil, des faits tout récents publiés par deux de ses élèves, chirurgiens des hôpitaux, savoir : deux observations du Dr Kirmisson, insérées dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 mars 1886, une autre observation du Dr Quenu, reproduite dans le *Courrier médical* du 10 avril dernier, viennent d'appeler l'attention du public médical, sur l'efficacité tout à fait remarquable des injections d'éther iodoformé dans la cure des abcès froids.

Enfin, le professeur Verneuil a soin de nous annoncer l'apparition prochaine d'une étude plus complète sur ce sujet, par son chef de clinique, le Dr Verchère.

Qui dit abcès froid, abcès ossifluent, dit lésion tuberculeuse.

En juillet 1882, le *Courrier médical* avait donné une analyse de travaux dus aux professeurs Semmola et Chiaramelli, en Italie, sur un emploi de l'iodoforme à l'intérieur. Entre cet emploi médical et l'emploi chirurgical de l'iodoforme, il y a des analogies étroites. L'un et l'autre se rapportent à des propriétés tout à fait spéciales de cet agent thérapeutique, contre des manifestations morbides de même nature dont le tubercule est l'expression commune.

Les médecins italiens signalaient à cette époque les heureux résultats de l'administration de l'iodoforme dans le traitement des affections chroniques broncho-pulmonaires et particulièrement de la phtisie pulmonaire.

Le professeur Chiaramelli avait expérimenté ce médicament pendant quatre années consécutives à l'hôpital des Incurables. Chez les phtisiques, même à une période avancée de la maladie, avec des cavernes, l'iodoforme avait produit d'excellents effets : diminution de l'expectoration, amélioration générale et influence favorable sur les manifestations fébriles.

« L'iodoforme, dit-il, fait tomber la fièvre ; il modifie l'expectoration dont il diminue non seulement la quantité, mais qu'il améliore aussi dans ses qualités chimiques, sans doute en vertu de sa propriété d'empêcher la putréfaction ; chez le phtisique, il faut bien se convaincre que le contenu des cavernes doit avoir une grande influence sur la production de la fièvre hectique. »

Dans les cas de pneumonie caséeuse, le professeur Chiaramelli pense que l'iodoforme, administré à temps, conduit à une évolution favorable de la poussée inflammatoire.

En outre, son emploi chez beaucoup d'individus affectés de bronchite chronique avec bronchorrée et emphysème pulmonaire, lui a rendu de très grands services.

En Angleterre et en Allemagne, l'iodoforme est pareillement d'un usage très général dans les maladies du même genre.

Sur ces données, nous en avons fait nous-même un large emploi dans notre pratique personnelle, et depuis trois ans il a constitué, pour ainsi dire, le traitement de fonds chez les phtisiques que nous avons suivis. Les résultats que nous avons obtenus confirment, de tous points, ceux annoncés par les maîtres italiens. Nous devons à cette médication des résultats vraiment satisfaisants, surtout si nous les comparons à ceux que nous avions retirés des autres médications.

Comme les auteurs italiens, nous avons observé une influence marquée sur la fièvre, et, parallèlement, une amélioration de l'état général, la cessation de la toux, le retour du sommeil. Il est à peine besoin de noter que les effets les plus favorables se sont produits chez les malades les moins avancés, chez ceux dont les lésions étaient encore limitées.

Ainsi que l'ont indiqué les auteurs italiens, nous avons vu, non sans surprise, une résolution simple, une terminaison complète, dans l'espace de trois à quatre semaines, de pneumonies du sommet, dont la nature phymateuse ne

fait aucun doute; les suites, aussi bien que les précédents, ne permettent aucune hésitation dans le diagnostic.

Nous ne citerons pas d'observation détaillée : les observations de phtisiques n'offrent que rarement un intérêt de nouveauté; mais nous suivons, en ce moment, deux malades qui nous ont particulièrement frappé et dont nous voulons dire quelques mots, d'autant plus que la médication, chez eux, a consisté à peu près exclusivement dans l'emploi de l'iodoforme. L'un est un diabétique qui a passé la soixantaine et qui tousse et qui crache ses poumons, comme il le dit lui-même, depuis tantôt un an. Il a eu des hémoptysies, de la fièvre, des sueurs, de l'amaigrissement, et, en même temps, une disparition complète à certains moments, du sucre de ses urines.

C'est un malade très fantaisiste et très indocile ; j'ai pu cependant l'astreindre à l'usage quotidien de l'iodoforme depuis plusieurs mois. Sous cette influence, il s'est remonté; il a l'illusion d'un retour à la santé, et lui-même a si bien conscience de l'efficacité de son remède, qu'il le continue, malgré son penchant à l'indiscipline.

Le regretté professeur Bouchardat qui a fait, vers 1837, les premières études médicales sur l'iodoforme, et qui avait prédit un grand avenir à ce médicament, enseignait qu'il avait ses indications dans le diabète aussi bien que dans la tuberculose et la scrofule. Mon malade paraît bénéficier de cette double action thérapeutique.

Le second de mes malades est un jeune homme de vingt ans, qui présente depuis un an les symptômes de la phtisie à la première période : toux, fièvre irrégulière, points pleurétiques, amaigrissement, enfin détermination avec signes physiques très marqués au sommet droit. En ce point il a fait une poussée à forme pneumonique qui a évolué, comme une pneumonie franche, non quant à la marche et à la durée, mais tout au moins quant à la terminaison. Depuis six mois tout s'est apaisé ; sauf la toux qui persiste, mais sans beaucoup de fréquence, et un point douloureux à droite pas trop pénible, le malade a repris les apparences de la santé. Les lésions pulmonaires ont laissé des signes si peu manifestes que, malgré un certificat fortement motivé, le jeune malade n'a pas été réformé en conseil de révision, On ne l'a pas reconnu définitivement impropre au service militaire; il a été seulement et non sans difficulté ajourné pour un an. Puisse ce jugement, par trop optimiste, ne jamais être réformé.

Comme les chirurgiens, j'emploie l'iodoforme en solution éthérée. Mon jeune malade et mon diabétique prennent chaque jour, depuis six mois, avec quelques rares intervalles de suspension, 0,20 d'iodoforme, en deux fois; chaque dose y est prise à l'un des deux principaux repas.

Le professeur Chiaramelli donnait une dose inférieure et redoutait de dépenser 10 centigrammes par jour, de crainte d'offenser l'estomac et de déterminer de la gastralgie.

C'est aussi la dose à laquelle paraissent se fixer MM. Rendu et Huchard dans leur pratique hospitalière, tandis que le professeur Bouchard l'a portée à 0,60 centigr. par jour et au delà.

Il m'a fallu insister un peu chez quelques malades pour obtenir la persévérance dans le traitement, et pour les faire passer outre sur quelques désagréments de la médication. Ce n'est plus de l'odeur de l'iodoforme qu'il faut se préoccuper, puisque, emprisonné dans de la gelatine, comme nous l'offre aujourd'hui la pharmacie, cet inconvénient est supprimé. D'un autre côté, en le donnant aux repas, ou accompagné d'une quantité convenable de bouillon ou de lait, il n'y a pas à s'inquiéter non plus de ses effets topiques, ni à redouter cette irritation d'estomac signalée quelquefois à la suite de son emploi mal dirigé.

Aussi je ne saurais approuver la formule du Dr Huchard, qui associe la créosote à l'iodoforme, 0,05 centigrammes de chaque en une pilule; la créosote est, elle, sûrement caustique et demande à être longuement diluée. En voulant ainsi accumuler les actions thérapeutiques contre la maladie, je craindrais de frapper sur le malade. Il serait préférable, ce nous semble, de faire alterner ou se succéder ces deux médicaments.

Dans l'emploi de l'iodoforme en solution éthérée, sous enveloppe gélatineuse, l'ascension subite de la vapeur d'éther, au moment de la rupture de l'enveloppe dans l'estomac, déplaît à quelques malades.

L'éther passe aussi très rapidement dans l'haleine, s'accusant par une odeur mixte qui trahit également l'iodoforme, quoiqu'il fût difficilement reconnaissable si l'on n'était prévenu.

Cependant cette élimination de l'iodoforme par la voie pulmonaire ne fait pas de doute, puisque dans un cas, rapporté récemment par les journaux médicaux de l'étranger, d'application de cet agent en frictions, l'odeur de l'haleine a permis de reconnaître l'iodoforme pendant huit jours consécutifs après que le pansement eut été enlevé. Il y a même une remarque bien intéressante dans ce fait, c'est qu'il s'agit aussi de tuberculose; un cas de méningite tuberculeuse terminé par la guérison.

Cette exhalation par la voie pulmonaire est un inconvénient, sans doute; mais c'est aussi l'indice d'une propriété précieuse. Le retour de l'iodoforme n'est peut-être pas sans exercer une action topique favorable sur les lésions pulmonaires.

Néanmoins il n'est pas besoin d'insister sur cette interprétation, comme on l'a fait récemment. Il est évident, d'après toutes les notions physiologiques, et il résulte clairement de ce qui vient d'être dit en particulier qu'une fois le médicament livré à l'absorption, il est disséminé par la circulation dans tous les éléments cellulaires de l'organisme, et que c'est toujours par action de contact moléculaire que s'exercent les modifications thérapeutiques. Aussi, plus le médicament aura pénétré profondément, plus son séjour sera prolongé dans l'économie, plus son action sera efficace. C'est pourquoi je n'attache qu'une importance très médiocre aux inhalations.

BIBLIOGRAPHIE

Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses; par Cornil et Babès. — Félix Alcan, Paris, 1886.

La deuxième édition de l'important travail de MM. Cornil et Babès sur les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et dans l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, vient de paraître. La première édition de ce livre, publiée il y a un an, fut épuisée en quelques semaines. C'était en effet le seul ouvrage complet existant en France sur la *bactériologie* et ses méthodes. Cette lacune n'a encore été comblée par aucun autre livre (1), et, de plus, cette seconde édition est au courant des derniers progrès de cette science qui produit chaque jour une découverte. L'atlas de la première édition a été supprimé; toutes les figures en noir et en couleurs ont été imprimées dans le texte, ce qui en rend la lecture plus facile, et constitue un véritable progrès.

Perte de la parole et parésie bilatérale de l'hypoglosse dues à un petit foyer dans le centre ovale; par L. Edinger. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1886, n° 14).

Vieillard de 83 ans, ayant eu, à plusieurs reprises, des attaques d'apoplexie ne laissant après elles aucun trouble notable de la motilité ni de la parole ou de la déglutition. — Le 28 décembre au soir survient, sans le moindre ictus, l'impossibilité de parler et d'avaler les aliments; les lèvres ne semblaient pas paralysées, mais la langue ne pouvait être tirée plus loin que les arcades dentaires, elle n'était pas déviée. La déglutition des solides était impossible, celle des liquides très difficile. Peut-être un peu de paré-

(1) Une traduction française de l'ouvrage de Hueppe: *Les Méthodes de recherches en bactériologie*, (*Die Methoden der Bacterien-Forchung*, 1886, 3e édition), doit incessamment paraître, mais se fait toujours attendre.

sie des muscles masticateurs. Perte absolue de la parole à part un son analogue à « ja »; il comprenait d'ailleurs très bien tout ce qu'on lui disait et répondait par une mimique expressive. Pas de trouble de l'ouïe, de la vue, de l'intelligence, de la motilité ni de la sensibilité, réflexes tendineux à peu près normaux des deux côtés. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la mort par pneumonie le 9 janvier. A l'autopsie, outre un petit kyste très ancien dans la première circonvolution frontale et deux petits foyers dans la tête du noyau caudé droit, on trouve dans la substance blanche de l'hémisphère droit un foyer de ramollissement de la grandeur d'une pièce de 20 centimes situé à un demi-centimètre en dehors du noyau caudé et à un demi-centimètre en arrière de l'angle qui sépare antérieurement la couche optique du noyau caudé ; une ligne droite horizontale passant par la partie antérieure de ce foyer vient aboutir en dehors du sillon qui sépare la seconde circonvolution frontale de la première, le foyer est donc situé à la limite entre le faisceau pédiculo-frontal moyen, et le faisceau pédiculo-frontal inférieur. C'est à ce foyer que l'auteur attribue, et cela suivant toute vraisemblance, les symptômes relatés plus haut.

L. Edinger admet qu'il s'agit là d'une véritable aphasie motrice bien que la lésion ait siégé sur l'hémisphère droit, il n'a pu d'ailleurs savoir exactement si le malade était gaucher ou non, et considère ce cas comme permettant de déterminer le point où passe dans le centre ovale le faisceau du langage, et aussi celui de l'hypoglosse, ce point serait, comme on l'a vu plus haut, situé en dehors du noyau caudé, en dedans et en haut de la fente supérieure de Burdach et répondrait en dehors à peu près à l'insertion du second sillon frontal dans la scissure précentrale, à peu près à la limite entre les faisceaux pédiculo-frontaux inférieur et moyen de Pitres.

(Pour ce qui est du faisceau de l'hypoglosse les conclusions de l'auteur sont indiscutables, mais peut-être les troubles du langage constatés chez ce malade ne dépendent-ils pas d'une aphasie motrice vraie dans le sens classique du mot ; ne serait-on pas là en présence d'une de ces paralysies pseudo-bulbaires de Lépine dans lesquelles la perte de la parole serait due surtout à une paralysie du centre pour les mouvements vocaux du larynx? et dans lesquelles un certain nombre d'autopsies ont montré l'existence d'une lésion de l'hémisphère droit comme dans le cas actuel, à tel point que Séguin et Delavan admettent la localisation du centre pour les mouvements du larynx dans l'hémisphère droit ? — Quoi qu'il en soit, l'observation de L. Edinger doit être considérée comme une des plus précieuses qui aient été publiées jusqu'ici pour l'histoire des paralysies pseudo-bulbaires, et par l'exactitude avec laquelle ont été relevées et figurées les lésions elle établit de la façon la plus nette le point de passage de tout un ordre de fibres dans la substance blanche du centre ovale.

P. Marie.

De la maladie de Hogdson, par le Dr Robert Massalongo, de Vérone. — Paris, 1885. G. Masson, éditeur.

Cette étude de la maladie de Hogdson (*aortite chronique*) a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Elle est basée sur plusieurs observations personnelles ; elle tend à séparer nettement cette variété de lésion aortique de la maladie de Corrigan. Dans cette dernière, c'est l'insuffisance aortique qui marque le début des accidents et qui domine toujours la scène morbide. Dans la maladie de Hogdson au contraire, on est en présence d'un athérome aortique qui se complique souvent d'athérôme artériel généralisé, sans accompagnement forcé d'insuffisance valvulaire.

Su di un caso di albuminuria durante und prurigine (*Un cas d'albuminurie dans le prurigo*) ; par le Dr Humberto Dicci, 1885. (*Gazzetta degli ospitali*).

On sait bien aujourd'hui, grâce à des travaux récents, que les dermatoses peuvent se compliquer d'albuminurie. Le cas rapporté par l'auteur est relatif à un homme de 34 ans qui souffrait de prurigo depuis de longues années (probablement le *prurigo d'Hébra*) et qui, à deux reprises, fut atteint d'accidents analogues à ceux de la maladie de Bright. Le traitement consista dans l'emploi du régime lacté, du tannin, et des sudorifiques. Ces derniers agents thérapeutiques qui s'adressent à la peau, paraissent avoir été les plus efficaces.

Des ponctions dans les œdèmes précoces ; par le Dr Massalongo, de Vérone. — Paris, 1885. O. Doin, éditeur.

Ce petit travail, présenté à la Société de thérapeutique de Paris, a pour but de montrer que les médicaments cardiaques usuels (digitale et succédanés) sont souvent dangereux. L'auteur insiste sur la nécessité du *repos intellectuel et matériel complet* pour les sujets atteints de maladies du cœur, sauf les cas d'urgence. Enfin, il préconise, dans les œdèmes précoces et abondants, avant le recours à la digitale, les ponctions cutanées des extrémités inférieures. Cette pratique, qui n'est pas nouvelle, ne doit pas être acceptée sans réserves.

Un caso di raddopiamento del secondo tono nelle artérie del collo (*Un cas de redoublement du second bruit dans les artères du cou*) ; par le Dr Basilio Montelaghi, 1885. (*Revista clinica*).

Ce travail a pour but d'établir que, dans certaines conditions morbides, on peut entendre trois bruits artériels au cou. Le bruit surajouté serait dû à un redoublement du second bruit. Cette sorte de *bruit de galop artériel* peut être considéré comme un résultat de la propagation du deuxième bruit des valvules artérielles. Encore ne faut-il voir dans ces recherches que de simples hypothèses dont la valeur et la portée nous échappent.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'exposition d'hygiène urbaine. (Suite et fin).

La petite place Saint-Gervais, devenue pour quelques jours une annexe de la caserne Lobau, renferme des pavillons d'isolement et du matériel de transport, brancards et voitures. Les modèles de lazarets, tentes ou pavillons ne manquent pas et sont presque tous remarquables par quelque côté. Signalons la tente forme Tollet, qui peut abriter facilement une dizaine de personnes et entrer tout entière dans une petite étuve à désinfection de *Herscher*. Les pavillons hospitaliers sont destinés à faire immédiatement face à des besoins exceptionnels et urgents ; en bois, en toile ou en tôle ils sont d'un prix peu élevé, d'un transport facile et d'une installation rapide. Quelques heures suffisent pour les monter, assurer le chauffage et l'aération.

En face des pavillons d'isolement se voit le matériel de transport indispensable dans une grande ville, mais qui, à Paris, autant par la faute du public que de l'administration, n'est pas l'objet d'un fonctionnement régulier. L'organisation du service est d'ailleurs absolument insuffisante. La voiture qui a servi pendant le choléra de 1884 ne peut être obtenue effectivement qu'une ou deux heures après qu'on l'a demandée. Son type est loin d'être confortable et fait excuser jusqu'à un certain point l'erreur du public qui ne veut pas apprendre à l'utiliser.

Le premier étage de la caserne comprend, entre autres choses principales, les expositions de l'Assistance publique, du bureau d'hygiène de la ville de Bruxelles et les laboratoires de chimie et de bactériologie. La ville de Paris a exposé son mobilier scolaire fait suivant les indications de M. Dally ; les pupitres, les sièges sont ingénieusement accommodés à la taille des enfants et aux différentes positions du travail assis ou debout.

L'exposition de l'*Hospitalité de nuit* réunit dans une petite salle les images de tous les secours alimentaires et hygiéniques offerts aux malheureux qui viennent demander l'abri. Un plat de viande et de légumes, une douche chaude, des vêtements et du linge propres pour la nuit ; le lendemain au réveil, les vêtements anciens, passés aux vapeurs sulfureuses, sont rendus aux hôtes de la veille, qui doivent partir après un court déjeuner pour chercher du travail.

L'Administration de l'Assistance publique a occupé trois salles pour y installer les plans, les modèles en relief des pavillons isolés, les divers appareils utilisés pour le transport des malades, pour la conservation des objets, des pansements, etc. Cette exposition, faite avec soin, est donc fort intéressante. On

y trouve réunis les plans de divers hôpitaux créés depuis un temps peu reculé : Lariboisière, Tenon, l'Hôtel-Dieu, etc., et les plans de la nouvelle section de Bicêtre, les bains de la Salpêtrière, les nouveaux pavillons de la Maternité, etc.

En face de ces vieux monuments où la question d'architecture dominait les préoccupations de l'hygiène, on peut constater que les progrès réalisés par la technique médicale et chirurgicale depuis quelques années ont obéi aux trois principes d'isolement d'antisepsie et de désinfection. Le *pavillon Tarnier*, qui a donné d'admirables résultats, est l'expression sévère de ces principes. Chaque accouchée y a sa chambre séparée qui ne renferme que quelques meubles de fer faciles à désinfecter. La sécurité est devenue si grande dans les maternités, grâce à l'installation et aux lavages antiseptiques, que quelques accoucheurs éminents ont pensé qu'il n'y avait pas lieu d'imposer toujours un isolement absolu difficile à supporter. M. Pinard a exposé le projet d'une maternité avec salles de 20 lits.

Enfin, les documents exposés par le bureau d'hygiène de Bruxelles méritent une très sérieuse attention. Un mode d'administration qui, en quelques années a fait descendre de 31 à 25 pour mille la mortalité générale, qui a réalisé ce progrès considérable par une série régulièrement décroissante du nombre des morts, vaut d'être étudié. Les résultats qu'il donne dans toutes

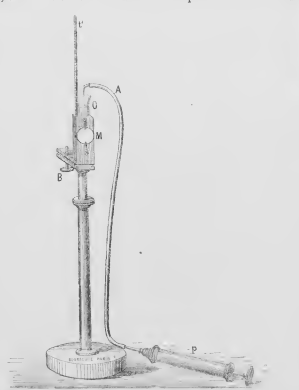


Fig. 53. — Hygromètre.

les villes où il a été récemment appliqué, Nancy, Lille, nous font vivement regretter qu'il ne fonctionne pas à Paris.

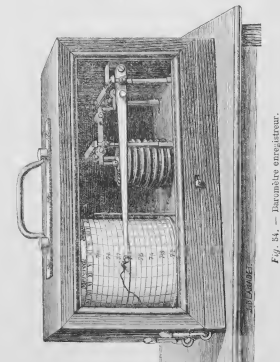
Quand un cas de maladie infectieuse se déclare dans une maison quelconque, le bureau d'hygiène est immédiatement averti au moyen d'un bulletin que lui adresse le médecin. Aussitôt des inspecteurs sont envoyés qui s'assurent sur place de l'état de la canalisation de la qualité des eaux, en un mot de tout ce qui intéresse l'hygiène d'une maison.

En moins de dix heures, les observations sont faites et les mesures prises pour garantir la préservation des voisins et fournir au malade les meilleures conditions de séjour et de tolérance de son affection. Chaque jour une carte de la ville est pointée de diverses couleurs aux endroits ou quelque maladie infectieuse est apparue. Avec ce système qui fonctionne depuis vingt-deux ans, des maladies infectieuses qui font tant de ravages à Paris ont presque disparu de Bruxelles.

Quand ce service d'hygiène sera-t-il *imposé* à Paris? L'administration ne trouvera que des aides parmi les médecins dès qu'ils seront prémunis contre les tracasseries ridicules qu'on a fait subir à quelques-uns sous le prétexte de secret professionnel dévoilé. Qu'un avis à l'Administration devienne œuvre légale dès qu'une maladie infectieuse est constatée et nul ne tentera de se soustraire à cette obligation.

Les laboratoires qui ont envoyé quelques-uns de leurs appareils à l'exposition d'hygiène sont nombreux et comptent parmi les meilleurs. Assurément, la plupart des visiteurs ne tireront pas grand profit de la vue des engins de stérilisation, des tubes ou des cages d'animaux, mais le public est assez au courant des choses de la science pour savoir que c'est avec ces appareils qu'ont été faites les recherches sur lesquelles l'attention publique est à l'heure actuelle si vivement appelée.

La *physique*, la *chimie* et la *météorologie* sont largement représentées. M. Bourbouze expose divers modèles d'hygromètres dont la précision dépasse de beaucoup celle de l'instrument classique de Regnault. Le point de condensation de la vapeur d'eau est encore indiqué par un dépôt de rosée ; ce n'est pas ce dépôt qu'on observe ; mais bien l'apparition d'*anneaux colorés* dont la constatation est beaucoup plus facile. De plus, le courant d'air ne traverse pas l'éther dont la vaporisation est destinée à abaisser la température de l'instrument, mais rase seulement sa surface. Dans ces conditions, l'éther ne peut s'échauffer et la condensation se produit toujours. Ce courant d'air est obtenu soit par *aspiration* au moyen d'une petite pompe à main P (*fig.* 53), soit par *insufflation*. Les anneaux colorés se produisent sur un petit miroir M, appliqué


Fig. 54. — Baromètre enregistreur.

sur une des parois du réservoir qui contient l'éther. M. Bourbouze expose encore un nouveau modèle du crémomètre du Dr Quesneville.

M. H. Bocquillon offre un modèle d'ambulance mobile. Les parois sont en bois désinfecté et silicaté. Le nombre de places est de 12, mais peut être augmenté. Une ventilation et un chauffage spécial permettent de maintenir l'enceinte à une température constante. L'air, sans cesse renouvelé, arrive avec une température déterminée variant de 12 à 19 degrés. L'air vicié est ramené dans le fourneau dont il active la flamme.

M. Wiesnegg présente : 1° l'alambic étuve de M. Moitessier. Cet appareil permet le chauffage d'une étuve à une température constante. Un bain de sable, placé à la partie supérieure, utilise une partie de la chaleur perdue. 2° La colonne à fractionner de MM. E. Claudon et Ch. Morin. La condensation, à chaque étage, au lieu de se faire par rayonnement dans l'air ambiant est produite par un courant d'eau circulant intérieurement dans un tube qui sert en même temps de rapport aux plateaux.

MM. Richard frères exposent une série d'appareils enregis-

treurs du plus haut intérêt au point de vue de l'hygiène. *Baromètre, Thermomètre, Hygromètre, Pluviomètre, Manomètre, Actinomètre*, etc.

Le *Baromètre enregistreur* (*fig.* 54) se compose d'une série de boîtes anéroïdes au nombre de huit, dont les effets, sous la pression atmosphérique, sont additionnés et transmis, par un système de leviers, à un style muni d'une plume formant réservoir d'encre. Cette plume trace les indications fournies par le baromètre sur une feuille de papier placée sur un tambour mû par un mouvement d'horlogerie intérieur. Le tambour fait une révolution en huit jours. L'entretien de l'appareil consiste à faire une fois par semaine les opérations suivantes : changer le papier, remonter le mouvement de l'horlogerie et remettre une goutte d'encre dans la plume, cette encre ne séchant que lorsqu'elle est déposée sur le papier.

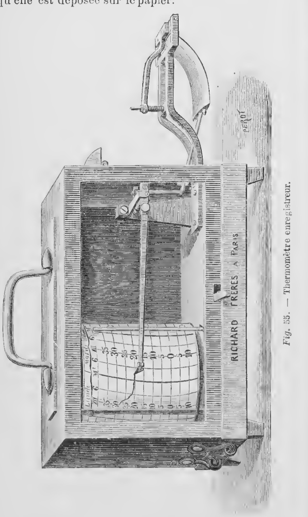


Fig. 55. — Thermomètre enregistreur.

Le *Thermomètre enregistreur* (*fig.* 55) présente les mêmes dispositions pour les organes de transmission et de transcription. L'appareil qui se dilate sous l'influence de la température, se compose d'un tube courbe en cuivre, de section mi-plate du système Bourdon.

Ce tube est hermétiquement fermé et rempli d'alcool. La dilatation de l'alcool fait changer la courbure du tube. L'une des extrémités étant fixée sur le côté de l'appareil, l'autre se déplace, actionne le levier qui inscrit les mouvements en les amplifiant. L'*Hygromètre enregistreur* présente une disposition analogue. La substance employée comme corps hygrométrique est la corne de bœuf coupée en bandes de 1/20 de millimètre d'épaisseur.

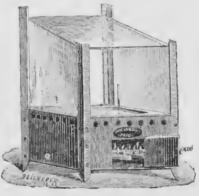
M. le professeur A. Gauthier expose les instruments et appareils de son laboratoire qui sont destinés aux cultures et à la recherche des corps en suspension dans l'atmosphère. Nous remarquons un aspirateur à air sec : forme accordéon, qui se détend par son propre poids : un autre aspirateur à eau est constitué par un grand flacon d'une capacité de 50 litres environ. Des filtres en porcelaine pour la stérilisation des bouillons de culture ; des plaques de Carragohen pour la culture des microbes de l'air et de l'eau. Un appareil très ingénieux pour le dosage des gaz de l'eau, et en particulier de l'oxygène : un grand tube pour recueillir les corpuscules en suspension dans l'eau, et enfin des filtres en biscuit pour filtrer l'eau sans pression ni aspiration. M. Maurice de Thierry, préparateur de M. Gauthier, à joint un appareil pour le dégagement du chlore à froid et un autre pour le dosage de l'eau oxygénée. M. Paul Rousseau expose l'aspirateur à sec de M. Gauthier. Nous remarquons divers instruments de météorologie : un pluviomètre, des appareils et produits de laboratoire ; de la très belle gélatine pour culture ; une boîte pour stériliser, et un nécessaire de bactériologie créé pour le laboratoire du professeur Cornil.

Notre ami et dévoué collaborateur, M. Yvon, expose : 1° un *aspirateur mécanique*, à mouvement d'horlogerie, permettant de faire passer lentement un courant d'air sur des substances capables de retenir toutes les poussières en suspension. L'aspirateur est constitué par un petit soufflet en caoutchouc à double effet. Le nombre d'aspirations est enregistré par un compteur électrique, et il est facile de connaître le volumo d'air aspiré pendant un temps déterminé.

2° Nous remarquons une *étuve pour cultures* construite par M. Viesnegg. Cette étuve, forme armoire, présente une double porte vitrée qui permet d'observer les cultures sans ouvrir et par conséquent refroidir l'appareil. Pour la même raison, chacun des compartiments est fermé par une porte spéciale et indépendante. L'étuve est à eau chaude et les produits de combustion circulent entre les deux portes vitrées. La température se maintient constante, grâce à cet artifice et à un régulateur à mercure qui est plongé dans l'eau.

3° Un appareil pour la démonstration des lois de la vision.

4° Un *hygromètre portatif* moins parfait que ceux de M. Bourbouze, car il est de construction beaucoup plus ancienne.


Fig. 56.

Un *dessicateur* permettant de dessécher en quelques minutes les précipités d'albumine, d'acide urique, etc., cet appareil est précieux pour les recherches de chimie physiologique : un autre appareil pour la détermination des résidus secs, permettant de combiner l'action de la chaleur et du vide.

M. Yvon expose encore deux appareils de micro-photographie : l'un horizontal avec tirage de 1 m. 20 permettant d'obtenir des épreuves sur 1/4 et 1/2 plaque (Nachet) ; l'autre vertical donnant 1/4 de plaque.

Le tirage est de 0 m. 70 environ. Cet appareil est d'un maniement facile, il permet d'utiliser les diverses sortes d'éclairage et de condenseur aujourd'hui connues ; d'employer tous les objectifs, même ceux à immersion homogène. Cet appareil sort des ateliers de M. Verick.

Comme source de lumière, M. Yvon emploie une lampe électrique à incandescence à deux fils parallèles, cette lampe est alimentée par une pile Trouvé. Quand le grossissement ne dépasse pas 100 diamètres, on peut avec de bonnes plaques au gélatino-bromure obtenir des clichés avec un temps de pose variant de 1/2 à 3 secondes.

Le *laboratoire de M. Miquel* présente une série de modèles pour l'étude des bactéries de l'air, pour l'analyse des eaux. Nous mentionnerons le bactérimètre, sorte de segment de sphère

entouré d'un papier enduit d'une substance de culture. Le bactérimètre tourne autour d'un axe vertical devant un pertuis qui laisse entrer un filet d'air et avec lui les micro-organismes qui se fixent et se cultivent sur la plaque circulaire nutritive. Les solutions communes d'Agar-agar, gélose de Payen, sont remplacées par des bouillons solidifiés à l'aide d'une variété de lichen, le fucus crispus.

L'exposition du *laboratoire de M. Pasteur* est tout spécialement intéressante et curieuse pour les visiteurs. On y trouve à côté d'appareils communs à beaucoup de laboratoires, à côté d'instruments à destination particulière comme les seringues de vaccination charbonneuse, une série de tubes de conformation très simple, d'apparence très modeste et qui sont une des parties les plus intéressantes du laboratoire et on peut le dire de l'exposition tout entière. Les tubes qu'a fait construire le Dr Roux pour la culture et l'isolement des anaérobies dans le vide, dans l'acide carbonique ou dans l'hydrogène, suivant une méthode utilisée à la rue d'Ulm et qui n'a été employée dans aucun laboratoire du monde, représentent pour la technique bactériologique un progrès considérable.

Dans un de nos précédents articles nous avons donné quelques renseignements sommaires sur l'exposition de M. Emile Trélat. Nous croyons devoir les compléter par la note suivante :

Salubrité des habitations. — M. le professeur Emile TRÉLAT, a exposé dans une suite d'applications méthodiquement présentées les règles et les préceptes de salubrité qu'il professe soit dans sa chaire du conservatoire national des Arts-et-Métiers, soit à l'école spéciale d'Architecture.

Cette exposition occupe toute une salle du 1re étage de la caserne Lobau, et comprend une vingtaine de châssis composés avec la collaboration de M. Trélat fils. Ces dessins éclairés de nombreuses légendes, aussi lisiblement que pittoresquement distribuées au milieu des sujets, constituent un commentaire saisissant de salubrité urbaine.

L'installation très originale de la fenêtre qui éclaire la salle et le programme des leçons du professeur au Conservatoire des Arts-et-Métiers, complètent l'ensemble de travaux que M. Emile Trélat a exposés et qu'il a résumés dans une note imprimée.

L'Examen de la salle montre successivement les dispositions que commande l'hygiène dans les habitations, dans les hôpitaux et dans les établissements scolaires. Mais d'abord, l'auteur écrit pour condition fondamentale de la salubrité des habitations, trois préceptes absolus que nous reproduisons.

A. — *Respirer dans les intérieurs de l'air frais au milieu de murs, de tapisseries et de meubles entretenus à une température convenable.*

B. — *Y recevoir la franche lumière du ciel et y voir autour de soi des objets abondamment éclairés.*

C. — *N'y voir séjourner aucune déjection solide, liquide ou gazeuse.*

Pour les habitations l'étude de la fenêtre, de sa verrerie et de son habillage montre comment M. Trélat voudrait changer nos habitudes d'installation. La lumière pénètre dans la pièce par la partie haute de la fenêtre, le rideau restant en haut, serré sur le trumeau et dégageant les vitres supérieures, tandis que la pente inférieure de la draperie ferme par un vaste jeté tout le bas du vitrage. On obtient ainsi dans la pièce un très beau jour dont la source est directement cherchée dans le ciel.

Pour l'*aérage*, le professeur voulant mettre constamment les intérieurs en rapport immédiat avec l'atmosphère du dehors, a imaginé de faire faire des vitres percées de nombreux petits orifices placés à la partie haute des fenêtres et laissant pénétrer insensiblement, mais très effectivement, l'air extérieur.

Cette disposition nouvelle demande à être expérimentée, mais elle sert un desideratum indiscutable.

M. Trélat rappelle à toute occasion que le chauffage et l'aérage doivent être, contrairement à l'usage, *des opérations distinctes et absolument indépendantes.* Aussi, dans les appartements, les pièces occupées doivent-elles être chauffées par des appareils spéciaux, cheminées, radiateurs de calorique, etc., fonctionnant sans influer sur la condition et l'état de l'air.

Un châssis spécial montre comment les déjections doivent promptement sortir de la maison, comment le syphon est un obturateur nettoyeur indispensable, et comment la fenêtre des cabinets doit être ouverte à toute hauteur, depuis le sol jusqu'au plafond.

L'étude de l'*hôpital Jean* met en scène les traits caractéristiques d'une bonne installation hygiénique dans ces sortes d'édifices. Nombre de malades limité : ils sont 150 à l'hôpital Jean. Simplicité de service : il n'y a que des hommes ; un service de chirurgie, un service de médecine. Jamais deux plans de malades superposés. Pavillons isolés de 24 lits, avec dépendances de service. Grands espaces : 200 mètres carrés par malade (hôpital hors les murs de Paris). Orientation est, ouest. M. Trélat démontre que dans les contrées septentrionales il faut exposer les salles d'hôpitaux est-ouest, et dans les contrées méridionales nord-sud. Cette démonstration est très saisissante dans un châssis spécial.

On ne peut insister ici sur les dispositions des fenêtres pour l'éclairage et l'aérage très explicitement présentées dans les dessins exposés, mais il faut rappeler que le professeur tient absolument au chauffage des hôpitaux, par radiateurs placés à la partie basse des murs, ainsi qu'au choix de matériaux poreux et d'enduits perméables pour envelopper les salles.

Les *établissements scolaires* sont étudiés dans huit châssis, dont deux ont déjà été remarqués à l'exposition d'hygiène de Londres. C'est la démonstration de l'efficacité du jour unilatéral dans les classes et de l'avantage qu'on trouve dans leur exposition au nord, et de leur aération nord-sud.

Il faut remarquer dans les six autres châssis représentant l'Ecole Vauvenargues, non seulement les aménagements d'une installation d'internat à la campagne, mais parmi les dispositions spéciales à chacun des services, un nouveau procédé de chauffage pour les locaux qui ne sont occupés que par intermittence comme les dortoirs, les réfectoires, etc. Ce procédé est aussi simple qu'économique. Il consiste à chauffer les murs des locaux quand ils ne sont pas occupés, à l'aide d'un calorifère à air surchauffé (80°) et à circulation fermée, fonctionnant, toutes portes et fenêtres closes.

La place nous manque pour expliquer suffisamment cette exposition si riche et si nourrie d'expériences. Il faut la voir et l'observer par le détail pour en apprécier le côté doctrinal. M. Emile Trélat en a, d'ailleurs, développé ses idées dans la conférence qu'il a faite à la caserne Lobau le 25 mai dernier sur l'*aérage et le chauffage des habitations.*

A. CHANTEMESSE.

Nous donnons ci-après plusieurs figures relatives à des appareils dont il a été question dans le compte-rendu de l'exposition.

M. Pagès a exposé un *appareil* rentrant dans la catégorie des appareils du *système diviseur.* De forme ovale, 0 m. 50 de largeur sur 0 m. 22 d'épaisseur et 2 m. 30 de hauteur, il peut être réduit, sans inconvénient, de 1/3 de sa hauteur (fig. 57). Trois grilles ou plaques C, grilles *séparatrices* sont aménagées dans l'intérieur de l'appareil de façon à séparer les urines et eaux vannes des matières épaisses ; les regards G et H permettent d'assurer le nettoyage de l'appareil dans le cas où la canalisation B viendrait à s'obstruer ; la soupape automatique F est fixée dans l'intérieur du tuyau E, elle peut être remplacée par un syphon.

Fonctionnement de l'appareil. — Toutes les matières qui arrivent par le tuyau de chute A tombent sur la plaque supérieure C; la séparation des urines et eaux vannes s'opère *instantanément*; les liquides tombent dans la canalisation D, suivent cette canalisation jusqu'au tuyau E. Les liquides qui n'ont pu se diviser sur cette première plaque séparatrice retombent avec les matières épaisses sur la seconde et de là, sur la troisième, et le criblage se termine sur cette dernière, les matières épaisses sont précipitées dans la fosse par la canalisation B. La fosse ne recevant plus d'urine est complètement dépourvue des gaz ammoniacaux et la fosse se trouve ainsi aux trois quarts désinfectée.

Les personnes soucieuses de l'hygiène pourront donc, à peu de frais, obtenir la désinfection radicale de leurs fosses en y faisant introduire, de temps en temps, par le regard H, quel-

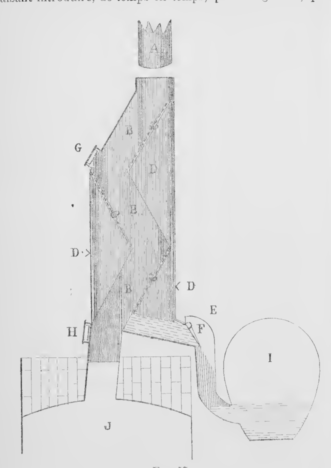


Fig. 57.

ques kilogr. de sulfate de fer. Supposons une fosse pour 50 personnes, il suffira d'y faire pénétrer deux fois par mois 4 ou 5 kilogr. du liquide antiseptique, pour que la fosse se trouve *radicalement* désinfectée.

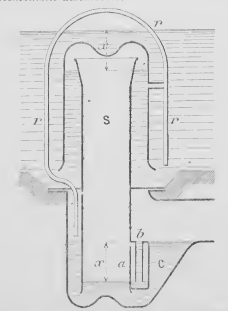


Fig. 58. *Appareil automatique de chasse d'eau système Geneste Herscher et Carette.* — *r*, Récipient où s'accumule de l'eau venue d'une source quelconque. — *S*, Grande branche du syphon dans laquelle l'air est comprimé à mesure que l'eau monte dans le récipient. — *b*, Petite branche du syphon remplie d'une colonne liquide dont le poids est vaincu à un certain moment quand la pression en *S* est devenue suffisante. Aussitôt se produit une décompression brusque en *S*, l'eau du récipient s'y précipite, le syphon est amorcé de *r* en *c* et tout le liquide du récipient s'écoule. Cela fini, l'air rentre en *S* et le syphon est désamorcé jusqu'à ce que le liquide versé peu à peu dans le récipient ait atteint une hauteur suffisante pour amorcer de nouveau le syphon.

Nous avons dit précédemment quelle était la part considérable prise par MM. Geneste Herscher et Cᵉ à l'Exposition d'hygiène. Voici quelques figures qui représentent plusieurs de leurs appareils :

La *fig.* 58 a trait à un appareil pour chasse d'eau automatique.

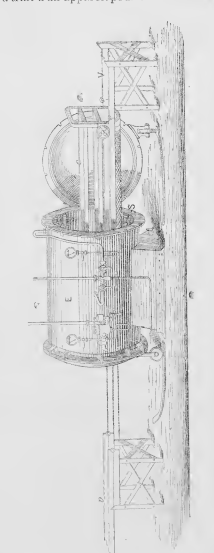


Fig. 59. — *Etuve à vapeur directe sous pression système Geneste et Herscher.* — *E*, Corps cylindrique de l'étuve. — *s*, Batteries chauffantes intérieures. — *v*, voie de sortie. — *V*, Voie d'entrée. — *c*, Chariot.

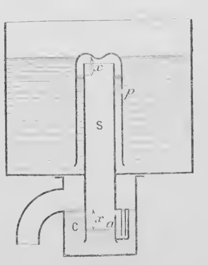


Fig. 60.

La figure suivante (*fig.* 61) représente le filtre de M. Maignen dont nous avons parlé dans notre second article.



Fig. 61. *Filtres Maignen.* — *E*, Tissu d'amiante à mailles très serrées. — *C*, Couche de poussière de charbon très fine.

Nous devons, en terminant, remercier les exposants qui ont bien voulu mettre à notre disposition les clichés que nous avons reproduits.

VARIA

Institut Pasteur.

La 40e et 41e liste de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur ont atteint le chiffre de 28,149 fr. 95 ; total à ce jour : 1,068,036 fr. 08 (*Journal Officiel*). *Le Gouvernement Russe* vient de donner la somme de 100,000 fr. pour l'Institut Pasteur. — M. le Dr Ferreira dos Santos, professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro et directeur de l'hopital de Santa Casa de Misericordia est chargé par le gouvernement brésilien de suivre les travaux de M. Pasteur en vue de l'installation d'un Institut pour le traitement de la rage dans l'Amérique du sud. — Ce savant qui est attendu à Bordeaux apporte à M. Pasteur, avec une lettre de Don Pedro II, la grande Croix de l'ordre de la Rose.

Concours pour deux places d'agrégés en chirurgie au Val-de-Grâce.

Le concours commencé le 1er juin au Val-de-Grace pour deux places de professeurs agrégés de chirurgie (section d'anatomie et médecine opératoire), s'est terminé le samedi 19 par la nomination de MM. Vautrin, médecin-major de 1e classe au 17e régiment de chasseurs, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Limoges et Nimier, médecin-major de 4e classe à l'hopital militaire du Gros-Caillou.

Les juges du concours étaient : M. le médecin inspecteur Perrin, président : MM. les médecins principaux de 1re classe ; de la Hute, médecin chef du Gros-Caillou ; Poncet, professeur au Val-de-Grace ; Chauvel, professeur au Val-de-Grace ; M. le médecin-major Delorme, professeur agrégé libre, médecin à l'hopital Saint-Martin, secrétaire ; M. le médecin-major Poulet, agrégé sortant, juge suppleant.

Le concours comprend : 1° Une composition écrite sur un sujet de blessure de guerre. Cette année la question était : *Des plaies de poitrine* ; 2° Une leçon d'anatomie de régions, avec préparation des pièces anatomiques (24 heures). — 7 candidats sur 10 ont été déclarés admissibles après ces 2 premières épreuves éliminatoires. Les autres épreuves comprennent : 1° Une leçon clinique sur deux malades de chirurgie, dont un atteint de maladie des yeux (1 heure) : 2° Une leçon de médecine opératoire avec exécution de deux opérations et application d'un appareil (Ligature, amputation, désarticulation, résection, et appareils de fracture) (une heure et 15 minutes).

Circulaires relatives aux bourses de l'Etat dans les Facultés des Sciences et aux bourses d'études dans les différentes Facultés.

Dans une série de circulaires récentes, le Ministre de l'instruction publique vient d'annoncer qu'un certain nombre de modifications sont faites aux règlements relatifs aux bourses de l'Etat et qu'il est créé une nouvelle espèce de bourses : les *bourses d'études* dans les diverses Facultés.

L'arrêté du 3 juin 1880 avait institué plusieurs sortes de bourses : les bourses de licence, les bourses d'agrégation, les bourses de doctorat en médecine, etc. ; par l'arrêté du 31 mai 1886, il est créé des *bourses d'études*. Nous croyons devoir signaler tout particulièrement à l'attention de nos jeunes lecteurs cette heureuse innovation. Voici le texte de la circulaire ministérielle en ce qui concerne ces bourses d'études :

« Dans la circulaire du 1er octobre 1880, un de mes prédécesseurs disait : Nous arrivons au moment où, la préparation aux grades étant considérée comme une habitude facile et un accessoire, nous songeons surtout à la *science et aux hautes études* qui sont le grand devoir que les Facultés ont à l'égard du pays. La création des bourses d'études s'inspire de cette pensée ; elle est destinée à favoriser dans nos Facultés des Sciences les recherches libres et désintéressées. Ces bourses d'une nouvelle espèce seront chaque année en nombre variable suivant que les besoins de l'enseignement secondaire feront varier le nombre des autres bourses. Elles seront accordées sur la proposition des Facultés après avis du comité consultatif de l'enseignement supérieur.

Les conditions pour les obtenir sont des plus larges : à la rigueur, aucun grade n'est requis ; il suffira d'avoir fait preuve d'aptitude dans une branche déterminée de la science. Aujourd'hui que les professeurs ne vivent plus isolés des étudiants, ils connaissent les vocations ; ils signaleront celles qui méritent d'être encouragées. De la sorte nous attacherons à nos Facultés une clientèle distincte des aspirants aux grades et plus spécialement préoccupée des recherches d'ordre scientifique, et ainsi sera réalisé un nouveau et décisif progrès dans notre haut enseignement. Un certain nombre de bourses d'études seront réservées pour des *étudiants en médecine, en pharmacie, en droit*, etc.»

Les dossiers des candidats aux bourses d'études devront être transmis au ministre de l'instruction publique, au plus tard le 1er octobre de chaque année.

Voici d'autre part un extrait d'un autre arrêté du 31 mai portant règlement pour la concession de ces bourses d'études.

« Art. 15 (de l'arrêté). — Les candidats de ces bourses se feront inscrire au Secrétariat des Académies avant le 1er aout. Ils joignent à leur demande : 1° une note indiquant les établissements auxquels ils ont appartenu, leur situation de fortune, et les études particulières auxquelles ils se sont consacrés et qu'ils désirent poursuivre. 2° Leurs travaux imprimés ou manuscrits et toutes pièces de nature à faire apprécier leurs aptitudes. Les derniers sont soumis à l'examen de la Faculté compétente. Les bourses sont accordées sur la proposition de la Faculté et après avis du comité consultatif.

Ces bourses sont accordées pour un an à partir du 1er novembre ; elles sont payables par douzième et par avance. Elles peuvent être prolongées pendant une seconde année sur le rapport du doyen et du recteur, après avis du comité consultatif. Elles ne peuvent être accumulées avec aucune fonction rétribuée. »

En ce qui concerne les modifications apportées aux règlements relatifs aux bourses de science et d'agrégation dans les Facultés des sciences, nous engageons nos lecteurs que ces questions intéressent, à consulter le *Bulletin administratif de l'Instruction publique* du 5 juin 1886.

Laïcisation des hôpitaux.

« Dans les derniers mois de 1885, dit la *Justice* du 16 juin, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, interrogé d'abord par la commission de l'Assistance publique du Conseil municipal, puis au Conseil même, avait promis de poursuivre promptement la laïcisation des hôpitaux. Or, depuis six mois, rien n'a été fait et cependant le Conseil de surveillance, à deux reprises différentes, a émis un avis favorable sur la laïcisation de l'hopital Necker. N'est-il pas désirable que M. le Directeur de l'Assistance publique rattrape le temps perdu et laïcise à bref délai et l'hôpital Necker et un autre établissement hospitalier. »

La *Justice* a d'autant plus raison d'insister pour que M. Peyron poursuive la laïcisation que les trois Ecoles municipales d'infirmières ont été assidûment fréquentées dans l'année scolaire qui va finir à la fin de juillet et que l'Administration y trouvera assez de bonnes élèves pour laïciser deux hôpitaux au mois d'août et deux autres au mois d'octobre.

Réglement des cours libres arrêté par le Conseil général des Facultés de Paris.

Le Conseil général des Facultés de l'Académie de Paris, vu les articles 8 et 25 du décret du 28 décembre 1885, arrête: *Art.* 1. Il peut être ouvert dans les Facultés et à l'Ecole supérieure de pharmacie, des cours libres faits par des professeurs appartenant ou non au personnel de ces Facultés ou Ecole, aux conditions suivantes: *Art.* 2. Toute personne pourvue du grade de docteur ou du diplôme supérieur de pharmacie peut être autorisée à faire, dans un quelconque des établissements d'enseignement supérieur ci-dessus désignés, des cours correspondant à l'ordre d'études pour lequel elle a reçu son diplôme. Cette autorisation est donnée par le conseil général des Facultés, sur la proposition ou après avis de l'assemblée de la Faculté ou Ecole près de laquelle le cours doit être ouvert. Sont assimilés aux docteurs les professeurs des divers établissements d'enseignement supérieur de l'Etat, les membres et les correspondants de l'Institut. Lorsqu'un membre d'une Faculté demandera à faire un cours libre dans une Faculté d'un autre ordre, celle à laquelle il appartient devra également être consultée. *Art.* 3. L'autorisation d'ouvrir un cours libre n'implique pour un professeur d'une Faculté ou Ecole aucune dispense de son enseignement régulier. *Art.* 4. L'autorisation de faire des cours libres peut être accordée après avis *conforme* de l'assemblée de la Faculté ou Ecole compétente, à des personnes non pourvues du grade de docteur ou du diplôme supérieur de pharmacie, qui justifieront d'études spéciales sur les matières devant faire l'objet de leurs cours. *Art.* 5. Dans l'un et l'autre cas, l'autorisation ne peut être accordée pour plus d'une année. Elle peut être renouvelée dans les conditions prescrites par les articles précédents. Elle peut toujours être retirée par le Conseil général, après avis ou sur la proposition de la Faculté ou Ecole intéressée. *Art.* 6. Les cours libres sont publics ou privés. L'admission aux cours libres publics est subordonnée aux conditions prescrites par le décret du 30 juillet 1883, pour l'admission aux cours officiels de la Faculté ou Ecole. Ne sont admis aux cours privés que les auditeurs agréés par le professeur. Toutefois l'entrée aux cours libres, même privés, appartient aux membres de l'assemblée de la Faculté ou Ecole, et de l'Administration académique. *Art.* 7. Les cours privés, à l'exception de ceux qui seraient faits par les membres du personnel enseignant de la Faculté ou Ecole, peuvent donner lieu, au profit du professeur, à la perception d'une rétribution payée par les auditeurs. *Art.* 8. Les cours libres doivent comprendre au moins dix leçons. Cette disposition n'est pas applicable aux cours libres faits par les membres du personnel enseignant officiel de la Faculté ou Ecole : ces cours ne sont assujettis à aucune condition de durée ni de nombre de leçons. Il en sera de même des cours faits par les professeurs des établissements d'enseignement supérieur de l'Etat, les membres et les correspondants de l'Institut. *Art.* 9. La demande à l'effet d'ouvrir un cours libre est adressée soit au président du Conseil général, soit au doyen ou directeur de la Faculté ou Ecole. Cette demande fait connaître : 1° Les grades, les titres du candidat et les ouvrages qu'il a publiés; 2° Les fonctions qu'il a exercées ; 3° Le programme détaillé du cours qu'il veut professer. *Art.* 10. La demande est déposée, avant le 1er juillet de chaque année, pour les cours qui doivent être professés dans le premier semestre de l'année scolaire suivante, et avant le 1er février pour ceux qui seront faits dans le deuxième semestre. *Art.* 11. Les affiches annonçant les cours libres ne peuvent être publiées que par les soins de la Faculté ou Ecole où ils seront professés, et dans la forme qu'elle déterminera. *Art.* 12. Les cours libres sont assimilés, sous le rapport de la surveillance et de la discipline, aux cours officiels de la Faculté ou Ecole dans laquelle ils sont faits. *Art.* 13. Les dépenses auxquelles donnent lieu les cours libres sont à la charge du professeur ; elles sont arrêtées en commun par le professeur et par le doyen ou directeur, sous l'approbation du président du Conseil général. L'autorisation de faire un cours libre ne crée aucun droit à l'usage des instruments, appareils, etc., ni à l'emploi du personnel de la Faculté ou Ecole. *Art.* 14. Sont maintenues en vigueur à la Faculté de médecine les dispositions des articles 4, 5, 6, 7 et 8, premier alinéa, du règlement du 9 février 1881. *Art.* 15. Est également maintenu, pour la Faculté de théologie protestante, l'article 7 du règlement du 21 décembre 1882.

Fait en Sorbonne, le 5 avril 1886.

Le Secrétaire du Conseil général, etc...

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 28. — Méd. op. (Epreuve pratique) : MM. Marc Sée, Farabeuf, Segond. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Bouchardat, Gay, Hanriot;—2e *Série* : MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard; — 3e *Série*: MM. Gauthier, Desplats, Blanchard.—2e *de Doctorat*, 2e partie: MM. Hayem, Damaschino, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Le Dentu, Budin ; — 2e partie : MM. Potain, Fournier, Straus.

Mardi 29. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Polaillon, Richelot, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Hardy, Grancher, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Debove. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Richet, Campenon ; — 2e partie : MM. G. Sée, Ball, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes; — 2e partie : MM. Peter, Bouchard, Hanot.

Mercredi 30. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Marc Sée, Farabeuf, Remy. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM Baillon, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Blanchard ; — 3e *Série* : MM. Desplats, Bouchardat, Pouchet. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Fournier, Tarnier, Segond. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Trélat, Le Dentu, Pinard.

Jeudi 1er. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Duplay, Bouilly. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Le Fort, Ball, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Polaillon, Peyrot. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Vulpian, Laboulbène, Joffroy, — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Lannelongue, Richelot, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. G. Sée, Peter, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Hardy, Jaccoud, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Troisier.

Vendredi 2. — 1er *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard ; — 2e *Série* : MM. Bourgoin, Gay, Pouchet ; — 3e *Série* : MM. Desplats, Bouchardat, Blanchard ; — 4e *Série* : MM. Baillon, Gariel, Hanriot. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Marc Sée, Farabeuf, Reclus ; — 2e partie, 1re *Série* : MM. Hayem, Fournier, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Damaschino, Remy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité), 1re *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Budin ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Le Dentu, Terrillon.

Samedi 3. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Panas, Polaillon, Campenon ; — 2e partie : MM. Vulpian, Laboulbène, Bouilly. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Richet, Duplay, Ribemont-Dessaignes ; — 2e partie : MM Peter, Bouchard, Raymond. — 4e *de Doctorat*, 1re *Série* : MM. Ball, Brouardel, Joffroy ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Pajot, Richelot, Peyrot ; — 2e partie: MM. Hardy, Grancher, Hanot

Théses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 30. — M. Morisse. — De la médication intestinale antiseptique par l'eau sulfo-carbonée. — M. Roland. Traitement de l'urémie. — M. Ayala Des portes d'entrée de l'ostéomyelite. — M. Dufour. De l'étiologie et de la nature du tetanos. — *Jeudi* 1er. — M. Dumas. Transformation de la personnalité ; Erreurs de personnes chez les aliénés — M. Larroque. Rémissions dans le cours de la paralysie générale. — Monographie.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 13 juin 1886 au samedi 19 juin 1886, les naissances ont été au nombre de 1002 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 354; illégitimes, 164. Total, 498. — *Sexe féminin* : légitimes, 381; illégitimes, 123. Total, 504

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 juin 1886 au samedi 19 juin 1886, les décès ont été au nombre de 921, savoir : 483 hommes et 438 femmes. Les décès sont dus aux

causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3. F. 7. T. 10. Variole : M. 0. F 1, T. 1.— Rougeole . M. 10. F. 15, T. 25. - Scarlatine : M. 10. F. 6 T. 16. - Coqueluche : M. 3. F. 7. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 12 F. 16, T. 28. - Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 1. T. 3. - Infections puerpérales : 4 - Autres affections épidémiques : M. ., F ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë ; M. 29 F. 12, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 84, F. 70 T. 154. Autres tuberculoses : M. 16, F. 21. T 37. — Autres affections générales : M. 23. F. 50 T. 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 18, T. 35 — Bronchite aiguë : M. 15, F. 13. T. 28. — Pneumonie : M. 34, F. 30, T. 64. — Athrepsie : M. 38, F. 28. T. 66. — Autres maladies des divers appareils : M. 165, F. 126, T. 291. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 7. T. 27. — Causes non classées M. 10, F. 6, T. 16.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décompesent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 37, illégitimes, 19. Total : 55 — *Sexe féminin :* légitimes, 16 ; illégitimes, 12. Total : 28.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE. — Les questions orales suivantes ont été posées à ce concours pour l'épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. *Anatomie et physiologie.* — Jeudi 17 juin, *Nerfs de la langue*, MM. Jaboulay et Retterer ; (M. Retterer indisposé, n'ayant pu subir cette épreuve, a été obligé d'abandonner le concours) ; — Vendredi 18 juin, *Oreille moyenne*, MM. Assaky et René ; — Samedi 19 juin, *Nerfs moteurs oculaires et mouvements de l'œil*, M. Gley (M. Gley s'est retiré du concours). *Histoire naturelle.* — Lundi 21 juin, MM. Barrois et Nabias : *la génération alternante chez les végétaux et les animaux.* — Voici le nom des candidats déclarés admissibles aux épreuves définitives : *Anatomie et physiologie :* MM. Assaki, Ferré, Guinard, Jaboulay, Poirier, Princeteau, Quenu, René, Rodet, Tapie et Variot. — *Histoire naturelle :* MM. Barrois et Nabias. — L'ordre dans lequel ils subiront la première épreuve définitive (leçon d'une heure après 24 heures de préparation) est le suivant : *Anatomie et physiologie :* 24 juin, MM. Jaboulay et Quenu ; — 25 juin, MM Rodet et René ; — 26 juin, MM. Poirier et Assaky ; — 28 juin, MM. Tapie et Giles ; — 29 juin, MM. Princeteau et Variot ; — 30 juin, MM. Guinard et Ferré ; — 1er juillet, M. Nicolas. — *Histoire naturelle :* 2 juillet, MM. Barrois et Nabias.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE PHYSIQUE, CHIMIE ET PHARMACOLOGIE. — Les questions orales suivantes ont été posées jusqu'à ces derniers jours à ce concours pour l'épreuve orale d'une heure après 24 h. de préparation (1re épreuve définitive) : *Physique.* Vendredi 18 juin, *Diffusion et osmose des liquides*, M. Borel ; — Samedi 19 juin, *Le téléphone et le microphone*, M. Didelot ; — *La radiation solaire*, M. Lauret ; — Lundi 21 juin *Dissolution et diffusion des gaz*, M. Leroy. *Chimie.* — Lundi 21 juin, M. Villejean : *Les fonctions en chimie organique.* Voici les sujets des thèses qui sont échus aux candidats admissibles. — M. Borel : *L'électrolyse ;* — M. Didelot : *Les changements d'état ;* — M. Florence : *Les alcaloïdes des Solanées ;* — M. Guérin : *Origine et transformation des matières azotées chez les êtres vivants ;* — M Hugoneng : *Alcaloïdes d'origine animale ;* — M. Lembling : *Origine de la chaleur et de la force chez les êtres vivants ;* — M. Lauret : *Les unités électriques, mesure de l'intensité de la force électro-motrice et de la résistance ;* — M. Leroy : *Le polarimètre et ses applications ;* — M. Malonne : *Calorimètre et calorimétrie ;* — M. Morelle : *L'air atmosphérique ;* — M. Thibaut : *Les alcaloïdes des strychnély ;* — M. Villejean : *Pigment et matières colorantes de l'économie animale.*

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS. — La deuxième épreuve éliminatoire (épreuve orale) s'est terminée le 17 juin. Voici les dernières questions posées : *Causes, signes et diagnostic des perforations intestinales : colique néphrétique.* — Les 16 candidats dont les noms suivent sont seuls admis à subir la troisième épreuve : MM. Bourcy, Charrin, Dreyfous, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Juhel-Renoy, Ledoux, Lebard, Marie, Martin, Petit, Richardière, Robert, Siredey et Variot. — La troisième épreuve (consultation écrite) a commencé samedi, il y a huit jours, à la Charité.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS. — La première épreuve définitive (consultation écrite) a eu lieu à l'Hotel-Dieu la semaine dernière. La deuxième épreuve définitive (épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes) a commencé le 21 juin à la maternité.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS DÉPENDANT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Voici la composition du jury *définitif* pour ce concours : MM. Bouchereau, Vallon, Jules Voisin, Dagonet, Lancereaux, Straus et Empis. — Le tirage du jury a été tout à fait irrégulier. Nous y reviendrons.

CONCOURS POUR LE CLINICAT OBSTÉTRICAL DE PARIS. — La première séance a eu lieu le mardi 22 juin ; le jury définitif se compose de MM. Tarnier, Guyon et Duplay et Pajot, président.

CONCOURS POUR LE CLINICAT D'OPHTHALMOLOGIE. — La question donnée à la deuxième épreuve a été : *Marche des faisceaux lumineux dans l'œil astigmate.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le 24 juin 1886, M. BOUTAN a soutenu en Sorbonne, à 4 h. 1/2, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée ; *Recherches sur l'anatomie et le développement de la fissurelle.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. GAYET et DESPLATS, agrégés libres près la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice du 28 juin au 31 juillet 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté ministériel du 19 juin 1886, la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — M. QUIOC (Victor), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Dorpat.* — M. le professeur WEILL (de Heidelberg) est nommé professeur de pathologie spéciale et thérapeutique en remplacement de M. le Dr Vogel. — *Faculté de Strasbourg.* Le Professeur GÖTTE (de Rostock), est appelé à la chaire de zoologie à Strasbourg en remplacement de feu Oscar Schmidt. — *Faculté de Prague.* — Le Pr HUPPERT remplacera à Prague M. le Pr Linnemann dans la chaire de chimie générale, pendant le semestre prochain. — *Université d'Erlangen.* — Le Dr W. WIEDEMANN, professeur à l'École technique supérieure de Darmstadt a été nommé professeur ordinaire de physique expérimentale et directeur de l'Institut physique d'Erlangen. — *Université de Fribourg.* — Le Pr KIRN, de Fribourg, n'a pas accepté la place de professeur et directeur de la clinique psychiatique de Dorpat.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Proclamation des noms des élèves nommés internes à la suite du concours ouvert en 1886, pour entrer en fonctions le 1er juillet 1886. — La séance de distribution des prix aux Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1886, aura lieu le mardi 29 juin 1886, à deux heures, dans l'Amphithéatre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des Elèves internes admis à la suite du concours de 1886. *Avis essentiel :* MM. les Elèves actuellement en fonctions et qui ont été nommés à la suite du dernier Concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1886-1887. En conséquence, MM. les Elèves internes en pharmacie devront retirer eux-mêmes leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les Internes de 2e, 3e et 4e années, le vendredi 25 juin, à une heure, dans l'Amphithéatre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ; à MM. les Internes de 1re année et à MM. les Internes provisoires, le samedi 26 juin, à deux heures, dans le même Amphithéatre.

ASILE D'ALIÉNÉS DE CADILLAC. — M. le Dr CAMUSET, directeur-médecin de l'Asile de Saint-Alban (Lozère), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde).

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE. — La vente de la bibliothèque du Dr CARVILLE, qui contient un grand nombre d'ouvrages sérieux concernant les sciences médicales, aura lieu à partir du 1er juillet à 8 heures du soir, à la salle de vente, 16, rue Dauphine (au rez-de-chaussée, première cour à droite).

EXCURSIONS GÉOLOGIQUES. — *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* — M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 27 juin 1886, à Morienval. Pierrefonds et la gorge du Han. Rendez-vous gare du Nord où l'on prendra à 8 heures 35 minutes le train pour Morienval. On sera rentré à Paris à 9 heures 28 minutes du soir. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie et de verser le montant de la demi-place, avant samedi soir à 4 heures. — *Faculté des sciences de Paris.* — M. MUNIER-CHALMAS, sous-directeur du laboratoire de recherches de géologie à la Sorbonne, fera le dimanche 27 juin 1886, à Chaumont en Vexin, une excursion géologique. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare à 6 heures 30 du matin.

EXCURSIONS BOTANIQUES. — *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. GÉRARD, agrégé de botanique à l'école supérieure de pharmacie de Paris, fera une herborisation publique, le dimanche 27 juin, dans le bois de Meudon. — Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse, à 12 h. 05, pour la station de Bellevue. — *Faculté de médecine de Paris.* — M. le Dr BAILLON fera sa prochaine herborisation dans la forêt de Fontainebleau, le dimanche 27 juin 1886. Départ de Paris à 6 h. 30 du matin par la gare de Lyon pour Fontainebleau.

HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Saint-Étienne vient de se terminer par la nomination de M. le Dr GARAUD.

HOSPICES D'AMIENS. — Par suite de la retraite de M. Lenoel, chirurgien accoucheur de l'Hôtel-Dieu et de M. D'heilly, médecin des Incurables, M. Léger, chirurgien-suppléant de l'Hotel-Dieu, est nommé chirurgien-accoucheur audit établissement; M. Bax, médecin-suppléant de l'Hôtel-Dieu, est nommé médecin des Incurables; MM. Huber, médecin-suppléant de Saint Charles et M. Bernard, médecin-suppléant des Incurables, sont nommés : l'un chirurgien, l'autre médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — Il sera ouvert, le lundi 26 juillet prochain, au Ministère de l'Intérieur, un concours pour l'Internat de la Maison nationale de Charenton. On trouvera chez le concierge de la Faculté et au Secrétariat de la Maison nationale de Charenton, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours. Nous publierons dans le numéro prochain les conditions de ce concours.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. VARAT est chargé d'une mission dans la Russie septentrionale et en Sibérie, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr COUTURIER est nommé médecin adjoint du lycée de Saint-Étienne, en remplacement de M. FESSY, démissionnaire.

SERVICE PHARMACEUTIQUE DE NUIT. — Le Conseil municipal de la Ville de Paris, vient de décider la création d'un service pharmaceutique de nuit. Pour se procurer les médicaments prescrits par les médecins de nuit, les malades n'auront qu'à s'adresser au poste de police. Un agent pourvu d'un bon de la Préfecture de police, conduira les malades soit dans une maison de secours ou dans une des pharmacies dont les titulaires se seront fait inscrire sur la liste des pharmaciens de nuit. Les malades qui pourront payer, seront astreints à rembourser les médicaments prescrits, plus 1 fr. 50 c. pour indemnité de dérangement de nuit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS. — *Concours pour l'année* 1888. — Le sujet du concours a été arrêté dans l'une des diverses réunions de la Société. Il est : *De la paralysie diphtéritique.*

VACANCE MÉDICALE. — On demande un médecin pour la saison d'été à [illegible] Haute-Savoie. Pour les renseignements s'adresser à M. J. Pa[illegible]ot, rue de Passy, 29 *bis*, le vendredi de 8 heures du matin à midi.

NÉCROLOGIE. — Le *Concours médical* annonce la mort de MM. les Drs PETIT de D[illegible], [illegible] LUCIANI de M[illegible] Corse, Gilbert DEVAL de Pontaumur, Puy-de-Dôme, SABRY de Paris). — M. le Dr MOROUX de Saint-Benoît-du-Sault. — M. le Dr de PLEUY, médecin principal en retraite. — M. le Dr BOUAMY, médecin en chef de l'hôpital civil de Perpignan. — M. le Dr [illegible] CAUSSE, président de l'association des médecins de l'arrondissement d'Albi, professeur à l'école de médecine de Toulouse, mort à Albi à l'âge de 83 ans, le 1[illegible] juin 1886. — M. le Dr J. B. DURAND, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 18[illegible]), docteur en 1843, médecin honoraire des bureaux de bienfaisance de la Ville de Paris, mort à 7[illegible] ans. — M. le D[illegible] LATB[illegible] (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19 rue Hautefeuille.

MORACHE (G.). — Traité d'hygiène militaire. Volume in-8° de [illegible]7 pages, avec 173 figures. — Prix. 1[illegible] fr.

LAGOUT. — Du refroidissement dans la pathogénie de la pneumonie. Brochure in-8° de 31 pages. — Paris 1886. — Alcan-Levy.

MASSALONGO (R.). — De la maladie de Hodgson. Brochure in-8° de 19 pages. — Paris, 1885. — Librairie G. Masson.

MASSALONGO (R.). — Faits nouveaux à propos de la théorie [illegible] de la pneumonie. Brochure in-8° de [illegible] pages. — Paris, 1885. — Librairie Asselin-Houzeau.

MASSALONGO (R.). — Des [illegible] dans les [illegible] précoces. Brochure in-8° de 12 pages. — Paris, 1885. — Librairie O. Doin.

MASSALONGO (R.). — Dell'[illegible] post-emipl[illegible]ca. Brochure in-8° de 14 pages. — Milan, 1884. — F. Vallardi.

MASSALONGO (R.). — Della malattia di Friedreich. Brochure in-8 de 24 pages et 2 planches. — Venezia, 1884. — Cecchini.

KOSTJURIN (S.). — Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde. Brochure in-8° de 58 pages. — Wien, 1886. — Alfred Hölder.

TRANSACTIONS OF THE OBSTETRICAL SOCIETY OF LONDON. — Vol. XXVIII for the year 1886. Part I for Januar and fil mar. Brochure in-8° de 63 pages. — London, 1886. — Published by the Society.

DULLES (W.). — Comments on Pasteur's method of treating hydrophobia. Brochure in-8° de 20 pages. — New-York, 1886. — Trow's printing and book binding company.

HARRIS (V.-D.). — On the presence of the Tubercle Bacillus in Old Specimens of Diseased Lung. Brochure in-8° de 7 pages. — London, 1885. — John Bale and sons.

BIANCHI (L.). — Paolo Conte e la grande isteria. Brochure in-8° de 16 pages. — Napoli, 1884. — Tipografico Gaetano Micillo.

LUMBROSO (G.). — Un caso di paralisi isterica nell'uomo e crampo degli scrivani consecutivo-guariglione con la corrente faradica e galvanica. Brochure in-8° de 8 pages. — Firenze, 1886. — *Lo Sperimentale.*

PIENNARINI (G.). — La visione dei colori e la sue alterazioni studiate in rapporto al servizio Ferroviaro. Brochure in-8° de 120 pages. — Firenze, 1886. — Coi. Tipi. di M. Cellini et C.

FERRAN (colerizacion). — Estadicas de la inoculacion preventiva del colera morbo. asiatico. — 2ª serie. Brochure in-8° de 54 pages. — Valencia, 1886. — Imprenta y libreria de Ramon Ortega.

MAIRET (A.) et COMBEMALE (M.). — Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acetophenone (Hypnone). Brochure in-8° de 64 pages. — Montpellier, 1886. — Typographie et lithographie de Boem et fils.

Librairie P. SAVY, 11, Boulevard St-Germain.

DRAGENDORFF et GAUTIER (L.). — Manuel de toxicologie. Volume in-18° XX-742 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 7 fr. 50

BUGNOT (G.). — Contribution à l'étude de la greffe dentaire. Brochure in-8° de 76 pages. — Rouen, 1886. — Imprimerie Julien Lecerf.

BIANCHI (L.). — Paolo Conte e la grande isteria. Due aggressioni patite o simulate ? Quattro persone incriminate. Brochure in-8° de 16 pages. — Napoli, 1886. — Tipografico Unione di Gaetano Micillo.

VERRIER (E.). — Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines, professées à l'École pratique de la Faculté de médecine. Brochure in-8° de 212 pages, avec 3[illegible] figures. — Prix : 4 fr. 50

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT : *mardi et lundi* à 9 h. — *Clinique chirurgicale* (maladies de l'abdomen) : M. TERRILLON, le mercredi à 10 heures ; opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2. — *Maladies mentales* : M. J. VOISIN, le lundi à 9 heures.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine* : M. le professeur GRANCHER. Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. DESCROIZILLES. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures. — M. OLLIVIER. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le mercredi et vendredi, examen clinique des malades. — M. LABRIC. Consultation le vendredi. — M. SIMON (J.). Consultation le samedi. — *Leçon clinique de thérapeutique infantile*, le mercredi à 9 heures et *consultations cliniques* à la même heure.

Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

[illegible]

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie, — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. ; — Revues diverses et *Addenda*.

C

D

E

F

G

H

I

J

L

M

N